

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Fernanda Kempner Moreira

**DIAGNÓSTICO DE ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS:
O CASO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SUL DE
FLORIANÓPOLIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann

Co-Orientadora: Prof^{ra}. Dr^a. Selma Regina de Andrade

**FLORIANÓPOLIS
2011**

FERNANDA KEMPNER MOREIRA

**DIAGNÓSTICO DE ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS
O CASO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SUL DE
FLORIANÓPOLIS**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Administração da Universidade
Federal de Santa Catarina para
obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rolf
Hermann Erdmann

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Selma
Regina de Andrade

Florianópolis
2011

Catalogação na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

M838d Moreira, Fernanda Kempner

Diagnóstico de organizações complexas [dissertação]: o caso da unidade de pronto atendimento sul de Florianópolis / Fernanda Kempner Moreira; orientador, Rolf Hermann Erdmann, co-orientadora, Selma Regina de Andrade. – Florianópolis, SC, 2011.

169 p.:il., tabs.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Administração.

Inclui referências.

1. Administração. 2. Organizações públicas. 3. Diagnóstico. 4. Saúde pública. I. Erdmann, Rolf Hermann. II. Andrade, Selma Regina de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração. IV. Título.

CDU 65

FERNANDA KEMPNER MOREIRA

**DIAGNÓSTICO DE ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS
O CASO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SUL DE
FLORIANÓPOLIS**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Administração, e aprovada, em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de março de 2011.

Prof. Maurício Roque Serva de Oliveira, Dr.
Coordenador do Curso

Banca examinadora:

Prof. Rolf Hermann Erdmann, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Selma Regina de Andrade, Dr^ª.
Co-Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Clarice Maria Dall'Agnol, Dr^ª.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. João Benjamin da Cruz Junior, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Gratidão é o sentimento daqueles que sabem que, sozinhos, não chegariam muito longe. Tenho consciência de que muitos contribuíram para a realização deste trabalho, e chegou o momento de agradecê-las.

Em primeiro lugar a Deus, pois sem Ele não chegaria a lugar algum.

Ao meu amado esposo, pessoa que me inspira, motiva e apoia integralmente, peça fundamental especialmente nos momentos em que nem eu mesma acreditava que seria capaz.

À minha amada mãe, responsável direta por tudo o que sou hoje.

Aos amigos de longa data que, mesmo à distância, não deixaram de apoiar-me e acreditar em meu potencial. Em especial aos amigos Julio e Angélica Colla, Sérgio Luiz Pirani, Paulo César Schotten, Rotil Pereira de Souza, Nilton Facci, Wilson Akira e Elizabeth Wassano, Cristina Aparecida Reis de Oliveira. Meu agradecimento e amizade eterna.

Aos novos amigos que fiz ao chegar a Florianópolis e que me deram o suporte necessário em meio a tantas mudanças. Entre eles os colegas de programa e núcleo de pesquisa, com os quais aprendi e compartilhei angústias e conquistas. Uns mais, outros menos, mas todos importantes. À Maireli e Sandra pelo apoio em todas as horas.

À grande Marina Biage, pessoa indescritível, sempre solícita e de uma delicadeza que motiva e acalenta em todos os momentos. Uma verdadeira mãe de todos os mestrandos.

Aos professores dos quais tive o privilégio de “sugar” um pouco de conhecimento, especialmente ao professor Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, que generosamente compartilhou comigo suas descobertas, fundamentais para a elaboração deste trabalho, e ao professor João Benjamin da Cruz Junior, exemplo de pessoa e mestre digno de ser copiado.

Ao orientador Rolf Hermann Erdmann que aceitou o difícil desafio de orientar-me.

À professora Selma Regina de Andrade que, mesmo sem conhecer-me, acreditou e apoiou esta proposta, tornando-se pedra fundamental na conclusão deste trabalho.

À Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis, especialmente à Marynes Terezinha Reibnitz por sua solicitude, e ao Dr. Acklei Viana, coordenador da Unidade de Pronto Atendimento Sul que foi extremamente receptivo à execução deste trabalho.

A todos os profissionais da UPA Sul que se dispuseram a participar da pesquisa e contribuíram de forma significativa para os resultados alcançados.

Às pessoas que, mesmo não citadas aqui, contribuíram de alguma forma, ainda que não tenham percebido. Todas as pessoas com quem tive contato desde a infância certamente fazem parte do que sou hoje e, consequentemente, são parte desta conquista.

Desejo que Deus recompense a todos vocês generosamente!

O que não te destrói te fortalece.

(Friedrich Wilhelm Nietzsche)

RESUMO

Esta dissertação se propõe a desenvolver um método de avaliação de organizações de serviços de saúde capaz de gerar diagnósticos que proporcionem a discussão de seus problemas e a consequente geração de iniciativas para melhoria e inovação, considerando sua complexidade e especificidade. Fundamenta-se, para este fim, nos conceitos de complexidade de Luhmann e Morin, aliados ao estudo das organizações e da ciência da Administração. A análise organizacional buscou em Perrow e Morgan a importância do diagnóstico organizacional. Para compreender o estudo de caso, apresentam-se os conceitos básicos das organizações de saúde, sua complexidade e a contextualização das categorias de análise do instrumento para os serviços de saúde. Este estudo caracteriza-se como um estudo teórico-empírico, com pesquisa de campo de caso único. O instrumento proposto é uma adaptação para organizações de serviços da ferramenta desenvolvida pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos (NIEPC) da Universidade Federal de Santa Catarina. É composto por 65 assertivas que relacionam 13 categorias de análise com 5 fatores de resultados, aqueles que conferem competitividade às organizações. O instrumento foi aplicado em uma organização pública de saúde, a Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA Sul) do Município de Florianópolis - SC, e contou com a participação de profissionais de diversas categorias, o que enriqueceu os resultados. O instrumento, através de suas assertivas, proporcionou à organização a oportunidade de analisar e discutir o seu processo produtivo, confirmando a complexidade existente. A análise organizacional resultante da aplicação do instrumento indicou que as categorias Desempenho Operacional, Gestão Ambiental e Planejamento da Produção necessitam de ações urgentes, pois não contribuem para o alcance de nenhum dos cinco resultados de desempenho – Confiabilidade, Custos, Flexibilidade, Qualidade e Rapidez. As ideias de melhoria propostas pelos profissionais convergem para ações em Treinamento, Informação e Relacionamento com Clientes, chamados de fatores de prática, como os que mais influenciariam a melhoria do processo produtivo, constatação que norteou a elaboração de três projetos de melhoria a serem aplicados pela própria Unidade. Outras ideias foram geradas e podem ser fonte de projetos a serem encaminhados aos órgãos competentes. O instrumento demonstrou-se de fácil aplicação e surtiu resultados que refletem a realidade da

organização, permitindo que a mesma realize ajustes em seu processo produtivo, o que levará à melhoria dos seus resultados.

Palavras-chave: Diagnóstico organizacional, Complexidade, Organizações de saúde.

ABSTRACT

This thesis proposes to develop an evaluation method of health service organizations able to provide diagnostics that generate discussion of their problems and the consequent generation of innovation and improvement initiatives, considering its complexity and specificity. Based, to this end, the Luhmann's concepts of complexity and Morin, together with the study of organizations and science of management analysis and organizational Perrow Morgan looked at the importance of organizational diagnosis. To understand the case study, we present the basic concepts of health organizations, its complexity and contextualization of the categories of analysis tool for health services. This study is characterized as a theoretical-empirical field research with a single case. The instrument is adapted to service organizations of the tool developed by the Interdisciplinary Studies in Management and Production Costs (NIEPC), Federal University of Santa Catarina. It consists of 65 statements that relate to 13 categories of analysis results with five factors, those that confer competitiveness to organizations. It was administered in a public health organization, the Emergency Unit South (South UPA) in Florianopolis - SC, and with the participation of professionals in various categories, which enriched the results. The instrument, through their statements, the organization has provided the opportunity to review and discuss the production process, confirming the existing complexity. The organizational analysis resulting from the application of the instrument indicated that the categories Operational Performance, Environmental Management and Production Planning in need of urgent actions because they do not contribute to the achievement of any of the five performance results - Reliability, Cost, Flexibility, Quality and Speed. Ideas of improvements suggested by the professionals converge on Training, Information and Customer Relations, called factors of practice such as those that most influence the improvement of the production process, finding that guided the development of three improvement projects to be implemented by the Unit itself. Other ideas were generated and can be a source of projects to be submitted to competent bodies. The instrument proved to be easy to apply and has had results that reflect the realities of the organization, allowing it to carry out adjustments in its production process, which will lead to improved results.

Keywords: Organizational Diagnosis, Complex Organizations, Health Organizations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O complexo inter-relacionamento da produção – 2009.....	53
Figura 2 - Esquema da ferramenta - 2011	92
Figura 3 - Farol das relações categorias de análise X fatores de resultado - 2011	107
Figura 4- Fatores de prática e suas relações - 2011	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Evolução do instrumento de avaliação organizacional do NIEP - 2010.....	52
Quadro 2: Práticas e resultados - 2009.....	54
Quadro 3: Agrupamento de fatores - 2009.....	89
Quadro 4: Categoria Controle da produção e suas relações - 2011.....	95
Quadro 5: Preenchimento final do instrumento na UPA Sul - 2011 ...	102
Quadro 6: Análise quantitativa da média e desvio padrão das categorias - 2011	103
Quadro 7: Apresentação quantitativa dos fatores - 2011.....	104
Quadro 8: Ideias de melhoria geradas pelos profissionais de saúde da UPA Sul durante a aplicação do instrumento - 2011	121
Quadro 9: Atividades de projeto para o fator de prática treinamento - 2011	125
Quadro 10: Atividades de projeto para o fator de prática informação - 2011	126
Quadro 11: Atividades de projeto para o fator de prática relacionamento com clientes - 2011	127
Quadro 12: Atividades de projeto para outros fatores de prática - 2011	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP	Controle da Produção
CPGA	Curso de Pós Graduação em Administração
DOP	Desempenho Operacional
DNP	Desenvolvimento de Novos Produtos
GA	Gestão Ambiental
Inst	Instalações
Inv	Investimentos
OC	Organização e Cultura
PIP	Planejamento da Produção
PrP	Programação da Produção
Q	Qualidade
SS	Saúde e Segurança
TC	Tempo de Ciclo
NIEPC	Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos
SUS	Sistema Único de Saúde
Tec	Tecnologia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 Objetivo Geral.....	26
1.1.2 Objetivos Específicos	26
1.2 JUSTIFICATIVA	26
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	29
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	31
2.1 A ADMINISTRAÇÃO E O ESTUDO DAS ORGANIZAÇÕES	31
2.2 ORGANIZAÇÕES COMO REDUÇÃO DA COMPLEXIDADE	38
2.3 ANÁLISE ORGANIZACIONAL: CAMINHO PARA A MELHORIA DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS	45
2.4 ORGANIZAÇÕES DE CUIDADOS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS E DISCURSO	55
2.5 COMPLEXIDADE E ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE: AS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	63
2.5.1 Controle da Produção.....	63
2.5.2 Desempenho Operacional.....	64
2.5.3 Desenvolvimento de Novos Produtos.....	65
2.5.4 Gestão Ambiental.....	67
2.5.5 Instalações	68
2.5.6 Investimentos.....	70
2.5.7 Organização e Cultura	71
2.5.8 Planejamento da Produção	72
2.5.9 Programação da Produção.....	74
2.5.10 Qualidade	76
2.5.11 Saúde e Segurança	79
2.5.12 Tecnologia.....	81
2.5.13 Tempo de Ciclo	82
2.6 COMPETITIVIDADE E ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE	84
3. MÉTODO.....	91
3.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	91
3.2 TRABALHO DE CAMPO	92
3.2.1 O Instrumento	92
3.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL.....	97
3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	98
4. O DIAGNÓSTICO organizacional DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SUL DE FLORIANÓPOLIS.....	99
4.1 A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SUL DE FLORIANÓPOLIS.....	
4.2 CARACTERÍSTICAS DE COMPLEXIDADE DA UPA SUL	101

4.3 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: ANÁLISE ORGANIZACIONAL QUANTITATIVA	102
4.3.1 As categorias de análise: descrição e resultados	103
4.3.2 Os fatores de resultado: descrição e análise	104
4.3.3 Categorias de Análise e Fatores de Resultado: análise das relações	106
4.4 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: ANÁLISE ORGANIZACIONAL QUALITATIVA	108
4.4.1 Controle da Produção	108
4.4.2 Desempenho Operacional	109
4.4.3 Desenvolvimento de Novos Produtos	110
4.4.4 Gestão Ambiental	110
4.4.5 Instalações	112
4.4.6 Investimentos	113
4.4.7 Organização e Cultura	114
4.4.8 Planejamento da Produção	115
4.4.9 Programação da Produção.....	115
4.4.10 Qualidade	116
4.4.11 Saúde e Segurança	116
4.4.12 Tecnologia	117
4.4.13 Tempo de Ciclo	118
4.5 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: AS IDEIAS DE MELHORIA.....	118
4.5.1 Projeto para o fator Treinamento	124
4.5.2 Projeto para o fator Informação	125
4.5.3 Projeto para o fator Relacionamento com Clientes	127
4.5.4 Outros projetos	128
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICE A - Instrumento Aplicado.....	151
APÊNDICE B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina	165
APÊNDICE C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.....	166
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	168

1. INTRODUÇÃO

A Administração tem, desde suas bases históricas em Taylor e Fayol, a preocupação e a busca incessante pela eficiência e eficácia em seus processos. Uma empresa que não consegue atingir seus objetivos perde sua razão de existir. Como outras tantas coletividades, empresas tem necessidade inadiável de regular suas atividades. As organizações sociais não são meras coleções de indivíduos, mas entidades com vida e dinâmica próprias, que transcendem as consciências e os interesses particulares de seus membros (SOUR, 1994). É importante observar que, para alcançar eficácia, a organização deve compreender a dinâmica existente neste processo.

Existem importantes sinais de mudanças tanto na organização do trabalho, quanto na reflexão teórica a respeito de administração. Tudo isto, porém, aparece marcado pelos paradoxos da época atual. Enquanto o prestígio de muitos instrumentos gerenciais está em baixa, o homem é mais determinante do que nunca para a competitividade. O primeiro passo é pensar a empresa como um todo, mas não como um coletivo homogêneo (GUTIERREZ, 1999, p. 11).

Compreender o contexto das organizações implica na necessidade de ver que essas unidades sociais estão intimamente ligadas aos processos que interagem com a vida social, econômica, científica, tecnológica e política. As organizações são formadas por grupos de pessoas que unem suas habilidades para atingir objetivos de diversas qualidades. Em suma, a sua razão de ser é servir a esses objetivos, que não são estáticos e nem separados, pelo contrário, são dinâmicos e estão em contínua evolução se interagindo e adaptando a cada contexto e organização (LINS, 2007, p. 51 e 52).

Qualquer abordagem realista da análise organizacional deve partir da premissa de que organizações podem ser muitas ao mesmo tempo. Embora administradores e teóricos organizacionais frequentemente tentem anular esta complexidade, assumindo que as organizações são, em última instância, fenômenos racionais que precisam ser compreendidos em função dos seus objetivos e metas, este tipo de pressuposição quase sempre impede o caminho de uma análise realista. Caso alguém deseje realmente compreender as organizações é mais inteligente partir da premissa de que as organizações são complexas, ambíguas e paradoxais (MORGAN, 1996, p. 327).

A elaboração do diagnóstico tem como objetivo detectar possíveis fatores limitantes da eficácia da organização. Neste sentido, o

diagnóstico organizacional surge como uma ferramenta de auxílio para esta eficácia, a partir do momento em que orienta a organização sobre sua situação atual, perfazendo uma leitura sobre a realidade organizacional, possibilitando que a mesma possa definir estratégias para o alcance dos seus objetivos.

Entretanto, o fato de uma empresa realizar um diagnóstico não garante resultados satisfatórios. Existe uma dinâmica organizacional complexa no caminho entre o diagnóstico e a eficácia organizacional. Este pressuposto parte da constatação de que diagnósticos iguais geram resultados diferentes, o que evidencia que existem outras variáveis críticas que influenciam a obtenção de resultados.

Como processo dinâmico, o diagnóstico deve fazer parte dos esforços para a melhoria organizacional, possibilitando uma visão atual da organização, fornecendo informações detalhadas sobre o andamento dos processos e servindo de ferramenta para a elaboração de estratégias destinadas à eficácia organizacional. Ao apropriar-se do diagnóstico como ferramenta para a melhoria do desempenho organizacional tem-se a vantagem de detectar em tempo hábil as distorções que podem levar a organização ao declínio, e assim agir sobre elas. Sendo assim, o diagnóstico organizacional apresenta-se não como um fim em si mesmo, mas como importante meio de melhoria organizacional. Um bom diagnóstico pode ser considerado como o primeiro passo no caminho a ser percorrido até o desempenho organizacional adequado, capaz de levar a organização a obter vantagens realmente competitivas.

A qualidade dos processos pode ser melhorada através de ações que combinem o diagnóstico organizacional, a busca de padrões de excelência, o planejamento e o controle de melhorias. A combinação entre estes elementos possibilita a construção de melhores processos produtivos. A disseminação de informações e a discussão das boas práticas de administração têm sido extremamente relevantes para a melhoria da sua qualidade.

O diagnóstico realizado de maneira discursiva, ou seja, com a participação dos atores envolvidos tem maior probabilidade de detectar realmente os problemas organizacionais, bem como envolve esses atores na responsabilidade de buscar melhorias e alavancar o desempenho da organização.

Em organizações de saúde a qualidade pode ser interpretada e representada como a expressão de certas formações subjetivas: preocupação constante em criar e manter entre todos os que estão ocupados nas organizações de saúde, administradores e funcionários, o entendimento quanto à estrutura e ao processo das intervenções; e

preocupação quanto aos resultados para satisfazer as necessidades emergentes e as demandas explícitas dos clientes usuários. Finalmente, a administração da qualidade das organizações de saúde tem como resultados esperados a melhoria da eficiência com eficácia e a melhoria no uso dos recursos (LIMA, LIMA, 1998).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), integrantes da rede de atenção de média complexidade, foram criadas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de melhorar o atendimento de urgência e emergência à população. Oferecem o atendimento que as Unidades Básicas de Saúde não tem suporte para atender, ao mesmo tempo em que desafogam as portas de urgência hospitalares, atendendo casos de média complexidade. As UPA são integrantes do componente pré-hospitalar e devem ser implantadas em locais estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2010b).

Várias UPA tem sido instaladas por todo o país, não havendo ainda a estruturação de melhores práticas, inclusive quanto a projetos de melhoria. Como todo projeto recém-implantado, essas unidades tem trabalhado na base da experiência dos seus profissionais, o que, se bem canalizado e devidamente discutido, pode ser de grande valia para a melhoria dos serviços prestados. Neste sentido, este trabalho propõe o desenvolvimento de um método de avaliação que permita que os atores envolvidos, através de suas experiências, pensem a realidade organizacional e atuem discursivamente sobre elas, resultando em projetos de melhoria em que todos serão corresponsáveis.

Como avaliar corretamente as organizações de saúde, considerando sua complexidade e especificidade, gerando diagnósticos que proporcionem a discussão de seus problemas e a consequente geração de iniciativas para melhoria e inovação? Esta é a pergunta que norteia este trabalho. Para procurar respondê-la, os métodos de pesquisa propostos neste trabalho incluem as seguintes etapas: levantamento bibliográfico, desenvolvimento de instrumento discursivo de diagnóstico, trabalho de campo, organização e análise de dados, produção e apresentação de relatório de pesquisa.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Desenvolver método de avaliação de organizações de serviços de saúde capaz de gerar diagnósticos que proporcionem a discussão de seus problemas e a consequente geração de iniciativas para melhoria e inovação, considerando sua complexidade e especificidade.

1.1.2 Objetivos Específicos

1) Adaptar e validar método de avaliação da gestão operacional em organizações de serviços de saúde.

2) Avaliar a gestão operacional de uma Organização de Saúde - Unidade de Pronto Atendimento Sul de Florianópolis – SC.

3) Propor projetos de melhoria baseados na discussão do instrumento proposto.

1.2 JUSTIFICATIVA

Na década de 90, Morgan (1996) observou que vivemos em um mundo crescentemente complexo. Infelizmente, os estilos de pensamento raramente acompanham essa complexidade. Frequentemente lida-se com a complexidade de forma a presumir que ela realmente não exista. Isso fica muito evidente pelo modo como modismos ainda dominam as abordagens para a análise organizacional e resolução de problemas, caracterizando um interesse em um tipo de solução ou conjunto de técnicas que rapidamente dão lugar a outras.

O enfoque da análise organizacional desenvolvido por Morgan levantou-se contra essa tendência geral, acreditando que as organizações são geralmente complexas, ambíguas e paradoxais. O real desafio é aprender a lidar com essa complexidade. Ao tentar compreender uma situação organizacional é preciso ser capaz de enfrentar estes diferentes significados potencialmente paradoxais, identificando-os através de algum critério de análise, embora sempre procurando manter um senso

de inter-relacionamento e de integração que são essenciais (MORGAN, 1996).

A questão do diagnóstico organizacional como uma fase do processo administrativo não se apresenta apenas nos tempos atuais. Mesmo antes da década de 50, apesar de não ter tal denominação, vamos encontrá-la os primórdios dos estudos formais em administração, como por exemplos, em TAYLOR (1911), FAYOL (1916), FOLLETT (1924), BARNARD (1938), SIMON (1945) e PERROW (1976), que discutem uma fase durante o processo de solução dos problemas que envolveria o administrador (GRAVE, SEIXAS, 1998).

Administradores eficazes e profissionais de todos os tipos e estágios precisam desenvolver suas habilidades na arte de "ler" as situações que estão tentando organizar ou administrar (MORGAN, 1996, p.15). Entretanto, nem mesmo um bom diagnóstico pode levar a organização a atingir seus objetivos de eficácia e competitividade. Basta observar que inúmeras empresas, mesmo tendo em mãos diagnósticos muito bem elaborados, conseguem garantir um futuro promissor.

É necessário perceber que o processo de elaboração de diagnóstico é dinâmico. Há uma mítica que envolve a leitura das organizações, em que se espera que a empresa "pare" para realizar o seu diagnóstico. Na realidade, o processo de leitura não deve bloquear as atividades da organização, pelo contrário, deve se dar enquanto a mesma segue sua dinâmica habitual, pois assim pode-se observá-la mais adequadamente e realizar uma leitura correta.

O Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos (NIEPC), abrigado no Programa de Pós-Graduação em Administração (CPGA) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entendendo a relação complexa existente nas organizações, bem como a importância do diagnóstico na geração de projetos de melhoria, desenvolveu um instrumento de diagnósticos e formulação de projetos de melhoria do sistema produtivo.

Este instrumento, que já originou outras dissertações de mestrado, baseia-se nas relações complexas existentes entre categorias de análise e fatores de competitividade das organizações. Atualmente, é composto de 65 assertivas que relacionam 13 categorias de análise com 5 fatores de competitividade, ou de resultados, extraídos de diversos autores pesquisados no portal CAPES, entre eles Slack (1999), que os consideram como resultados que devem buscados por toda organização para obter competitividade.

A aplicação do instrumento reúne os gestores da organização, auxiliados por um consultor externo que tem a função de fomentar a

discussão e o consenso sobre a real situação organizacional, bem como estimular esses gestores a pensarem em ideias de melhoria, gerando projetos e comprometendo-se com a qualidade dos resultados.

Este trabalho tem a pretensão de complementar o instrumento desenvolvido pelo NIEPC, contextualizando na aplicação do mesmo o uso do discurso como forma de alcançar o consenso na avaliação organizacional e na elaboração de projetos de melhoria. Outra pretensão é a de que outros atores sejam envolvidos na discussão, obtendo-se assim uma visão ampliada e em maior conformidade com o pensamento complexo de que todas as partes estão inter-relacionadas.

Outra justificativa para a realização desta dissertação é a de que, até o presente momento, este instrumento foi aplicado somente em organizações industriais e privadas. Considerando as especificidades das organizações de serviço, a proposta é desenvolver/adaptar este instrumento para as organizações de serviços e aplicá-lo em uma organização pública de serviços de saúde, aplicação esta que considera-se inédita por se aplicar-se ao setor de serviços – as organizações de saúde – e ao setor público – as UPA.

A escolha da aplicação em uma Unidade de Pronto Atendimento deve-se à grande importância que o Governo Federal tem atribuído a estas organizações de saúde, como forma de desafogar as portas de urgências hospitalares e, ao mesmo tempo, atender os casos em que os Centros de Saúde Básica não estão aptos a resolver. Estudos apontam uma crescente demanda pelos serviços de urgência e emergência, devido ao aumento dos acidentes, da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, o que tem gerado uma sobrecarga desses serviços. Isso tem um forte impacto sobre o SUS, seja no aumento dos gastos com internações hospitalares, assistência em UTI e altas taxas de permanência hospitalar de pacientes com esse perfil (BRASIL, 2003).

Para minimizar esse efeito e garantir a integralidade do acesso à saúde, entre outras ações, o Ministério da Saúde instituiu as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, como forma de melhorar o atendimento de urgência e emergência à população (BRASIL, 2010b).

Sendo assim, este trabalho inova ao desenvolver e aplicar o instrumento, anteriormente utilizado em organizações industriais privadas, agora em uma organização pública de serviços de saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento, e contribuir para sua validação através de uma aplicação que considere a participação dos diversos atores envolvidos.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Capítulo 1 - Introdução, objetivos, justificativa e estrutura do trabalho.

Capítulo 2 – Revisão bibliográfica: A Administração e o Estudo das Organizações, Organizações como Redução da Complexidade, Análise organizacional: caminho para a melhoria da estrutura e dos processos, Organizações de Cuidados de Saúde: características e discurso, Complexidade e Organizações de Serviços de Saúde: as categorias de análise, Competitividade e Organizações de Serviços de Saúde.

Capítulo 3 - Método de pesquisa

Capítulo 4 - O diagnóstico organizacional da Unidade de Pronto Atendimento Sul de Florianópolis: aplicação do instrumento e análise dos resultados.

Capítulo 5 – Considerações finais.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A ADMINISTRAÇÃO E O ESTUDO DAS ORGANIZAÇÕES

As teorias administrativas, desde Taylor e Fayol, buscam melhorar o desempenho organizacional através da análise dos diversos tipos de organização. Apesar de a administração existir desde a criação do mundo, entendendo-se que administrar é um ato inerente às organizações e que estas existem desde a Antiguidade, a Administração como ciência só passou a existir a partir dos escritos de Taylor (1911) e Fayol (1916).

Através de sua obra *Princípios da Administração Científica*, publicada em 1911, Taylor incorporou à Administração os princípios norteadores que tornaram este um campo de estudos com o objetivo de aumentar a eficiência das organizações. Por isso a chamou de Administração Científica, pois a partir destes princípios não mais se administraria empiricamente, mas com base em “uma verdadeira ciência, regida por normas, princípios e leis claramente definidos” (TAYLOR, 1953, p. 13).

Taylor (1953) destacou que a falta de uma administração “científica” resulta prejuízos às organizações e países, e provou que os princípios fundamentais de sua obra ainda são aplicáveis a todas as organizações, em maior ou menor grau, respeitadas as suas particularidades. Não era intenção de Taylor, necessariamente, trazer fatos novos ou surpreendentes, e esta era uma das críticas ao seu estudo. O que Taylor conseguiu, entretanto, foi combinar elementos e torná-los mais visíveis para os administradores através da elaboração dos seus princípios da administração.

Sumarizou esta combinação como: “Ciência em lugar de empirismo; harmonia, em vez de discórdia; cooperação, não individualismo; rendimento máximo, em lugar de produção reduzida; desenvolvimento de cada homem, no sentido de alcançar maior eficiência e prosperidade” (TAYLOR, 1953, p. 122). É interessante observar que, apesar de tantas críticas que atualmente se faz à Administração Científica, muitos conceitos utilizados nesta “combinação” de Taylor são apontados como práticas inovadoras em nossos dias.

Detectando a mesma necessidade de que a Administração se tornasse objeto de estudos através da criação de “doutrinas” capazes de

ser transmitidas, Henri Fayol publicou a obra *Administração Industrial e Geral* (1916). Para Fayol, a administração não mais suportava o empirismo e a falta de doutrinas, princípios e regras, métodos e procedimentos. Ressaltou que a Administração carecia urgentemente de uma doutrina, e que o ensino da Administração deveria ser geral e iniciar-se já na escola primária. Defendia que todos, em maior ou menor grau, necessitavam da Administração: “É necessário, pois, esforçar-se para inculcar as noções administrativas em todas as classes sociais” (FAYOL, 1978, p. 31).

No livro *Administração Industrial e Geral*, Fayol dividiu as organizações em seis funções que “existem em qualquer empresa, seja ela simples ou complexa, pequena ou grande” (FAYOL, 1978, p. 14): funções técnicas, funções comerciais, funções financeiras, funções de segurança, funções de contabilidade e funções administrativas. Essas funções igualam-se aos papéis exercidos dentro das organizações para que a mesma funcione com eficácia.

Distinguiu a função administrativa das outras cinco, pois esta “tem o encargo de formular o programa geral da empresa, de constituir o seu corpo social, de coordenar os esforços, de harmonizar os atos” (FAYOL, 1978, p. 16) e assim, definiu a Administração como o ato de prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Esses elementos de administração, como os chamou, norteiam os estudos da Administração até os dias de hoje, com algumas poucas alterações. Trata-se de um “sistema” para administrar. Há quase cem anos este é o esquema utilizado para ensinar e praticar a Administração.

Fayol também instituiu em sua obra os catorze Princípios Gerais da Administração, ressaltando que este número não era limitado. “Qualquer regra, qualquer instrumento administrativo que fortaleça o corpo social ou facilite seu funcionamento pode-se alinhar entre os princípios e durante o tempo em que a experiência o confirmar nessa posição. Qualquer modificação no estado das coisas pode determinar uma alteração dos princípios que esse estado criou anteriormente” (FAYOL, 1978, p. 34). Tanto Taylor como Fayol destacaram que a Administração não é um campo de estudos fechado, e que a prática administrativa estaria sempre agregando novas teorias às que eles criaram.

Mary Parker Follett, uma visionária da administração da década de 1920, tinha ideias tão inovadoras para a época que foi ignorada pelos estudiosos e pela maioria das organizações. Esse vanguardismo da autora, infelizmente, a colocou no esquecimento da maioria dos livros sobre teoria das organizações. Entretanto, sua contribuição é de extrema

valia, tanto que Peter Drucker a intitulou como “sua guru” (MARY PARKER FOLLETT FOUNDATION, 2011). Introduziu a psicologia aos estudos organizacionais, afirmando que as organizações são instituições sociais.

Em seu livro publicado em 1924, *Creative Experience*, afirma que a administração deveria integrar os interesses de empregados e empregadores e coordenar suas atividades. Os líderes deveriam trabalhar em função do grupo a fim de obter a melhor contribuição de cada indivíduo. Apontou para o conflito entre empregadores e empregados como um processo construtivo de integração, capaz de levar ao “desenvolvimento, expansão e progresso” das organizações (FOLLETT, 1924, p. 302). Em uma época em que a preocupação era não criar conflitos, Follett (1924) percebeu que é impossível evitá-los, e instigava as diferenças e as experiências obtidas através dos conflitos por elas geradas.

Os esforços para gerenciar os conflitos partiam do princípio que os problemas organizacionais eram problemas de relações humanas, e que a Administração deveria empreender esforços para integrar as pessoas e coordenar suas atividades. Propõe, então, a integração como uma tentativa viável e válida para solucionar os conflitos, mesmo que nem sempre possível, uma espécie de cooperação entre empregados e empregadores para o bem comum (FOLLETT, 1924).

Em 1938 Chester Barnard publicou o livro *As Funções do Executivo*, em que também evidenciava as organizações como sistemas sociais, ressaltando a importância da cooperação, do trabalho em equipe e da comunicação como fatores primordiais para o bom desempenho organizacional. Sua obra, construída a partir da prática e da experimentação, sinalizava esses fatores não como vantagem competitiva, mas como questão de sobrevivência e sucesso de qualquer organização.

Para Barnard (1971) as organizações possuem características universais e a maior delas é a cooperação. “Organização formal é essa espécie de cooperação entre homens: organização consciente, deliberada e com finalidade expressa” (BARNARD, 1971, p. 37). Mais adiante, define a organização como um sistema de atividades que engloba três funções: (1) a criação, (2) a transformação e (3) a troca de utilidades, sendo que essas funções só são possíveis de realização em um sistema cooperativo, “do qual a organização é tanto um núcleo quanto um sistema subsidiário, que tem, por sua vez, como componentes, sistemas físicos, sistemas pessoais (indivíduos e coleções de indivíduos), e sistemas sociais (outras organizações)” (BARNARD, 1971, p. 235).

Em sua teorização sobre as organizações, Barnard (1971) destaca o desejo de servir, o propósito comum e a comunicação como os elementos que compõem qualquer organização. O desejo de servir advém da disposição das pessoas em contribuir com seu esforço para a organização. Trata-se da cooperação os indivíduos para “avançar juntos” (p. 103). Essa disposição para cooperar depende de um objetivo comum, um propósito que incentive a atividade cooperativa, o qual Barnard (1971, p. 105) chama de “o propósito de uma organização”.

Por fim, a comunicação surge como o elo que potencializa a possibilidade de realizar um propósito comum e as pessoas dispostas a contribuir. “Um propósito comum deve ser de conhecimento comum e, para ser conhecido, precisa ser de alguma forma comunicado” (BARNARD, 1971, p. 108). Ressalta, ainda, a necessidade de efetividade e eficiência¹ para a continuidade das organizações, bem como uma combinação apropriada dos três elementos para a manutenção equilibrada do sistema. Para Barnard (1971), cooperação, trabalho em equipe e comunicação são as chaves para uma administração eficaz.

Igualmente para Herbert Simon (1979) as organizações são formadas por pessoas dispostas a cooperar em torno de um objetivo comum – considerados como objetivos da organização, e a comunicação é um aspecto importante deste processo de cooperação. Organização, para Simon (1979, p. XIV), é o “complexo sistema de comunicações e inter-relações existentes num agrupamento humano”.

Simon reconhece em Barnard um dos únicos autores que não negligenciam que uma teoria da administração deve ocupar-se simultaneamente dos processos de decisão e de ação, enquanto a maioria preocupa-se somente com os processos de ação. “Uma teoria geral de administração deve incluir tanto princípios de organização que asseguram decisões corretas, como princípios que asseguram uma ação efetiva” (SIMON, 1979, p. 1).

Ao mesmo tempo em que se esquivava de oferecer conselhos sobre como as organizações deveriam ser planejadas e administradas, Simon (1979) apresenta o comportamento administrativo como uma “complexa rede de processos decisórios que se destinam a influenciar o comportamento do pessoal de execução”, ou seja, dos indivíduos que

¹ Para Barnard (1971) efetividade é toda ação que cumpre seu objetivo específico. O grau de realização indica o grau de efetividade. Já a eficiência é quando esta ação, efetiva ou não, satisfaz os motivos dessa meta e seu processo não cria insatisfações equivalentes.

realmente executam as ações físicas da organização. Esse comportamento é influenciado pelos processos decisórios.

Como uma atividade de grupo, o processo administrativo é um processo decisório sobre quais métodos de rotina, quais ações, quais elementos serão escolhidos para a organização, bem como a comunicação destas escolhas a todos os “afetados”. Neste aspecto, a organização toma várias decisões pelos indivíduos que a compõem, tais como sua função, deveres, direitos, autoridade, limites etc. E o indivíduo aceita essas decisões porque “o objetivo da organização é, indiretamente, um objetivo pessoal de todos os seus participantes” (SIMON, 1979, p. 18).

Simon propõe uma teoria do comportamento administrativo, entendendo que os princípios de administração até então considerados não eram suficientes para guiarem (sozinhos) o administrador. Prega que um estudo da administração deveria levar o administrador a identificar todos os critérios diagnosticadores importantes, analisar cada situação administrativa em função destes critérios e avaliar a importância relativa de cada critério, para então tomar a decisão mais vantajosa.

Simon (1979) chamou a atenção para a falta de conexão entre a teoria e a prática devido à atenção excessiva nos métodos e precária nas ações. A Administração deve incluir princípios que assegurem uma ação efetiva ao mesmo tempo em que inclua princípios de organização que assegurem decisões corretas que levem realmente à eficiência organizacional (critério da eficiência²). A tomada de decisão assume, então, o papel de integradora dos esforços individuais e grupais no processo administrativo.

Ao propor a ideia do “homem administrativo”, Simon (1979) apresenta um ser que age intencionalmente, racionalmente limitado em suas habilidades, valores e conhecimento, capaz de tomar decisões que podem ser satisfatórias para os objetivos da organização. A Administração tem, então, o papel de fornecer conhecimento e informações suficientes para que este “homem administrativo” escolha as melhores alternativas para a organização, ou seja, que exerça um “comportamento administrativo bom ou correto” (SIMON, 1979, p. 40).

Guerreiro Ramos afirma que Taylor e Simon “estão mais próximos de uma teoria de organização válida do que os teóricos

² “O critério da eficiência exige que, dentre duas alternativas que possuem o mesmo custo, escolha-se aquela que levará a maior realização dos objetivos da organização, e que, das duas alternativas que levam a grau de realização equivalente, escolha-se aquela que acarretará menor custo” (SIMON, 1979, p. 127)

humanistas, que colocam erradamente a noção de auto atualização” (RAMOS, 1989). Reconhece a tomada de decisão como um aspecto a ser considerado, conforme a teoria de Simon. Contudo, salienta que tanto Taylor como Simon generalizaram especificidades econômicas para a natureza humana em geral – eis o ponto fraco de suas teorias que precisam ser reformuladas.

Surge então a Nova Teoria das Organizações, livro em que Guerreiro Ramos (1989) propõe um novo olhar sobre as teorias administrativas existentes. Sua principal crítica é relacionada à ênfase demasiada no mercado e a negligência dos valores humanos, sociais, morais e ecológicos da sociedade.

Guerreiro Ramos é enfático ao afirmar que “nada menos do que uma revolução organizacional de alcance mundial faz-se necessária, para superar a deterioração física do planeta e das condições da vida humana, em toda parte” (RAMOS, 1989, p. 190). Ressalta ainda que o futuro será moldado através de uma criativa exploração das inigualáveis oportunidades contemporâneas, devendo as organizações ser rigorosamente replanejadas.

Entretanto, Guerreiro Ramos não deixa uma receita pronta. Sua “nova teoria das organizações” não elenca princípios ou esquemas a serem seguidos. O que ele propõe é uma restauração de valores, em que cada indivíduo é responsável por criar esta “nova teoria”, uma teoria capaz de harmonizar os interesses das organizações, da sociedade, dos indivíduos e do meio ambiente. Uma teoria que respeite a individualidade das relações existentes em cada organização, que considere a complexidade de cada sistema de maneira única e especial.

Guerreiro Ramos (1989, p. 201) encerra seu livro afirmando que “a nova ciência das organizações não é realmente nova, porque é tão velha quanto o senso comum. O que é novo são as circunstâncias”. Ou seja, convida, através dos estudos já propostos e da análise organizacional e ambiental da atualidade, a criar esta nova ciência das organizações dentro de cada organização, observando as particularidades pertinentes que tornam as organizações iguais e ao mesmo tempo tão diferentes. Isto requer abertura para a mudança de muitos paradigmas.

Ramos (1989) define a nova ciência da organização como sendo centrada na perduração³, o que não envolve manutenção da teoria

³ A perduração é a retenção, através do tempo, de uma realização de valor. O que persiste é a identidade de padrão, auto legada. A perduração requer ambiente

existente, mas a criação de uma teoria equilibrada entre sua conservação e mudança. Cruz Júnior (1988) deixa claro que o grande desafio da ciência organizacional é a ruptura com a matriz conceitual dos últimos 300 anos, bem como o alinhamento das ideias básicas de um novo paradigma que oriente a organização e a administração. Coloca como ponto básico o fato de que a mudança é hoje necessária e desejável, mas nem sempre desejada pelas organizações, seja por miopia, conluios ou conspirações.

Essa revolução organizacional vem sendo há muito tempo apregoada, mas sua real implantação tem sido lenta e gradual. Vários foram os autores que contribuíram para os estudos da Administração com suas visões inovadoras, muitas vezes incompreendidas em sua época (este trabalho relembra Taylor, Fayol, Follett, Barnard, Simon, Ramos). As teorias administrativas, desde Taylor e Fayol, buscam melhorar o desempenho organizacional através da análise dos diversos tipos de organização.

É importante salientar, como o fizeram Tachizawa, Cruz Júnior e Rocha (2006), que as teorias são construídas a partir da observação e análise das práticas organizacionais, e que essas nunca estão livres da teoria. Os autores também salientam que o novo ambiente em que as organizações se encontram exige dos gestores a criação de novos modelos de gestão, trabalho em equipe, intercâmbio de informações, decisões participativas, cooperação e outras práticas que levem a organização a adquirir produtividade, qualidade e serviço ao cliente, fatores considerados não mais como vantagens, mas necessidades competitivas.

Do gestor é exigida percepção para a mudança necessária. Cruz Júnior (1988) expõe que poucos são suficientemente hábeis para entender claramente a natureza das mudanças e articular uma visão compreensiva do "mundo novo" capaz de levar à mudança realmente efetiva e produzir resultados positivos. Neste sentido, pode-se dizer que também são poucos os administradores capazes de "ler" as organizações de maneira eficiente, capazes de determinar a real situação organizacional e gerar um diagnóstico capaz de direcionar as estratégias de mudança.

A Administração é uma ciência que precisa de constante atualização a fim de acompanhar o dinamismo das organizações. Diversas teorias foram criadas e são adaptadas, sempre com o objetivo

de maximizar os resultados. O que se observa hoje não é uma única teoria (*the one best way*), mas um administrar capaz de adaptar as diversas teorias existentes aos diferentes tipos de organização, criando, assim, um novo jeito de administrar.

2.2 ORGANIZAÇÕES COMO REDUÇÃO DA COMPLEXIDADE

As organizações, como sistemas sociais, são compostas por pessoas e suas interações. O conceito de organização está relacionado às ideias de sistema e ordem, sendo que a organização produz complexidade ao se afirmar como disposição relacional que liga, transforma, mantém ou produz elementos, acontecimentos ou relações. A organização "garante solidariedade e solidez relativa às ligações, criando possibilidades de duração ao sistema, em face das perturbações aleatórias", concebendo uma reciprocidade circular entre inter-relação, organização e sistema. "A organização, enquanto disposição relacional, remete ao plano dinâmico da interação" (SERVA, 1992, p. 28).

Face ao contexto de sua época, Etzioni (1976, p. 7) considera as organizações como as "formas mais racionais e eficientes que se conhecem de agrupamento social". A coordenação de ações humanas e de recursos existentes nas organizações é capaz de suprir as diversas necessidades da sociedade, entre elas o racionalismo, a eficiência e a competência. "A questão básica é saber a melhor forma de coordenar as atividades humanas, a fim de compor uma unidade altamente racional e, ao mesmo tempo, manter a integração social, as responsabilidades normativas dos participantes e sua motivação para a participação (ETZIONI, 1978, p. 15).

Para Lins (2007, p. 51 e 52) a compreensão do contexto das organizações implica na necessidade de vê-las como unidades sociais que estão intimamente ligadas aos processos que interagem com a vida social, econômica, científica, tecnológica e política. As organizações são formadas por grupos de pessoas que unem suas habilidades para atingir objetivos de diversas qualidades. Em suma, a sua razão de ser é servir a esses objetivos que são dinâmicos e estão em contínua evolução, se interagindo e adaptando a cada contexto.

Esta interação produz complexidade, em maior ou menor grau. Para Luhmann, complexidade é a quantidade de elementos dentro de um sistema, suas relações possíveis e as relações entre estas relações. Neste sentido, o entorno sempre será mais complexo que o sistema, e o

sistema tem a função de reduzir esta complexidade através da seletividade, já que nenhum sistema pode relacionar-se com seu entorno de igual para igual (RODRÍGUEZ, ARNOLD, 1991, p. 92).

Para a recente teoria dos sistemas o paradigma central é a relação "sistema e entorno". Os conceitos de função e de análises funcionais não mais se referem a um sistema enquanto uma massa que é preservada, e sim a relação entre sistema e entorno. Partindo dos estudos dos sistemas biológicos de Ludwig Von Bertalanffy, a teoria dos sistemas tem uma visão diferente da visão da teoria do reducionismo, onde o todo pode ser decomposto em partes para ser estudado e então, compreendido: para a teoria dos sistemas, o sistema é um conjunto de partes coordenadas e que formam um todo complexo (NEVES, NEVES, 2006).

A teoria sistêmica de Niklas Luhmann realiza “uma operação de abstração que transpõe conceitos desenvolvidos em outros campos científicos – especialmente a biologia – para as ciências sociais e também através de uma profunda reflexão crítica sobre os diversos estágios por que passou a teoria dos sistemas nas últimas décadas” (FEDOZZI, 1997, p.21).

Para Luhmann complexidade é a totalidade das possibilidades de acontecimentos que podem ser derivadas das infinitas interações entre elementos (comunicações), também infinitos, que existem no ambiente. A complexidade se dá pelo fato de que, no ambiente, vários elementos podem assumir inúmeras possibilidades de relações, tendo em vista que não há nenhum fator ordenador e, desta forma, aumenta-se a improbabilidade de operacionalização (NEVES, NEVES, 2006).

A complexidade abarca a totalidade dos possíveis acontecimentos e circunstâncias. Neste sentido, algo é complexo quando envolve mais de uma circunstância. Ao crescerem as possibilidades, cresce também o número de relações entre os elementos, e consequentemente, a complexidade. "O sistema define-se por sua diferença em relação ao entorno" (NEVES, NEVES, 2006, p. 192). Sendo assim, o sistema é resultado da redução da complexidade, através da distinção entre o que é sistema e o que é entorno, que ocorre quando o sistema passa a ser seletivo.

Para propor certo nível de ordem e com isso possibilitar mecanismos de funcionamento, os sistemas aparecem como uma tentativa de redução da complexidade existente no ambiente, por meio do processo de seleção de possibilidades. O processo seletivo ocorre pelo fato de que o sistema não suporta internalizar toda a complexidade existente no ambiente, pois com isso deixaria de ser sistema. Diante

disto há pressão para selecionar determinadas possibilidades (KUNZLER, 2004).

Kunzler (2004, p. 125) ressalta que todo o ambiente apresenta para o sistema inúmeras possibilidades. Dessas possibilidades surgem outras tantas, o que aumenta a desordem e a contingência. Para tornar o ambiente menos complexo, o sistema seleciona apenas algumas possibilidades que lhe fazem sentido, de acordo com a função que desempenha, pois, se selecionasse todas elas, entraria em colapso. O sistema necessita simplificar a complexidade para conseguir sobreviver no ambiente. Enquanto o sistema diminui a complexidade do ambiente, aumenta a sua complexidade interna. Isso porque o número de possibilidades dentro dele passa a ser maior, podendo, inclusive, chegar a ponto de provocar sua auto diferenciação em subsistemas.

O sistema que enfrenta um ambiente complexo não tem uma estrutura imutável. Torna-se condição essencial para a organização enfrentar a complexidade que o próprio sistema transforme-se internamente, criando subsistemas e tornando-se mais complexo, o que para Kunzler (2004, p. 125) trata-se da evolução do sistema. A autora afirma que cada subsistema criado dentro do sistema tem o seu próprio entorno, e que a diferenciação do sistema não é a decomposição do todo em partes, mas a diferenciação de diferenças sistema/entorno. É o próprio sistema quem se modifica com o propósito de sobreviver no ambiente, e não um agente externo.

A participação do ambiente nesta mudança é a irritação que, conforme a tolerância do sistema, pode levá-lo a mudar suas estruturas. O sistema decompõe-se em subsistemas e elementos, e não existem elementos sem conexões relacionais, nem relações sem elementos (NEVES, NEVES, 2006).

Neste processo de seleção o que os sistemas fazem é justamente importar complexidade para fazer frente à complexidade do ambiente, ou seja, como o próprio Luhmann destaca: apenas a complexidade pode reduzir a complexidade. Ao importar complexidade o sistema cria em seu próprio ambiente sua complexidade interna (RODRÍGUEZ; ARNOLD, 1991).

A partir da seleção de possibilidades, Luhmann discute novamente o tema da complexidade, pois no processo seletivo há possibilidades que não são selecionadas e estas, por sua vez, poderiam gerar desdobramentos diferentes dos elementos que foram escolhidos. O processo de seleção se ordena, por meio da contingência que cada sistema apresenta e o processo de contingência se traduz em risco e incerteza (LUHMANN, 1990 apud NEVES, NEVES, 2006).

Rodríguez e Arnold (1991) afirmam que a contingência contribui para a complexidade no momento que seleciona algumas possibilidades e descartam outras. Isso se dá pelo fato de que a contingência existente no sistema está relacionada ao seu “sentido”. Pois, caso o “sentido” existente no sistema não compreenda os elementos existentes na interação entre sistema e meio, as possibilidades escolhidas podem não representar aos anseios iniciais do sistema.

Para tentar reduzir esta complexidade e se tornar funcional cria-se espaços que delimitam, por meio da diferenciação de complexidade, um espaço operacionalizável. Esses espaços podem ser descritos como os “sistemas”, que são estruturas que possuem funções para fazer frente a complexidades do ambiente (LUHMANN, 1995). Kunzler (2004, p. 125) destaca que o sistema “deve simplificar a complexidade para conseguir se manter no ambiente. Ao mesmo tempo em que a complexidade do ambiente diminui, a sua aumenta internamente”.

Então, o sistema é a separação entre ele mesmo e o ambiente. O ambiente é um exterior de complexidade bruta, ou seja, não organizado e infinitamente complexo. O sistema, em seu interior, é uma zona de redução de complexidade, que se contrapõe ao ambiente. Essa redução se dá através do processo de seleção, processo este dependente da comunicação, pois é por meio dela que se seleciona a informação disponível no ambiente. A diferenciação sistema/ambiente é processada apenas internamente, e de maneira autopoietica (KUNZLER, 2004; RODRÍGUES, ARNOLD, 1991; NEVES, NEVES, 2006).

Para compreender o processo dinâmico que ocorre nos sistemas é necessário entender a comunicação na teoria de sistemas de Niklas Luhmann. Comunicação é um processo de seleção que sintetiza informação, comunicação e compreensão. Os sistemas sociais usam a comunicação como seu particular modo de reprodução autopoietica. Seus elementos são comunicações produzidas e reproduzidas de modo recorrente por outras comunicações. Em relação às comunicações, os sistemas sociais são sistemas fechados, ou seja, qualquer alteração que venham a sofrer depende exclusivamente das suas próprias operações. (NEVES, NEVES, 2006; RODRÍGUEZ, ARNOLD, 1991). A comunicação é interna, onde os agentes externos não tem poder de atuação. Se a o sistema não operar, não haverá comunicação.

Para Lima et al (2009) a diferença entre elementos e relações é aprofundada pelo desenvolvimento da teoria de sistemas. O conceito de complexidade enriquece a teoria sistêmica, sendo a que melhor expressa a nova investigação sistêmica. Sendo a complexidade um conjunto inter-relacionado de elementos em que não é possível que um elemento se

relacione com todos os demais a qualquer momento, é necessário que ocorra a seleção. “A complexidade significa obrigação à seleção, obrigação à seleção significa contingência e contingência significa risco” (LUHMANN, 1990 apud LIMA et al, 2009, p. 4).

O equilíbrio e a sobrevivência dos sistemas passam a constituir-se em um problema e se define em estreita relação com as condições oferecidas pelo ambiente. Nesta relação, os sistemas encontram-se expostos as perturbações provenientes do entorno que devem ser compensadas no seu interior. Nesta nova perspectiva paradigmática é possível entender as relações internas em termos de adequação ao entorno. A viabilidade dos sistemas se define pela capacidade de adaptação. A busca pela adaptação pode levar, inclusive, a mudanças estruturais, por exemplo, aumentando sua variedade interna em ambientes mais complexos, o que torna a estrutura variável (RODRÍGUEZ, ARNOLD, 1991, p. 91).

Todo sistema evolui para sobreviver à complexidade do ambiente que, constantemente, cria novas possibilidades de forma inesperada. Luhmann lembra que, apesar de muitas coisas na sociedade serem planejadas, isso não garante que os efeitos ocorram como o que foi determinado. Frente a isso, Kunzler (2004, p. 126) conclui que o sistema evolui quando desvia do planejamento, quando não reage da mesma forma, quando não se repete. Neves e Neves (2006, p. 192) afirmam que a evolução decorre do processo de fechamento operacional do sistema em relação ao entorno para produzir seus próprios elementos (*autopoiesis*) e a consequente construção da própria complexidade do sistema.

Morgan (1996) afirma que para realizar uma análise organizacional realista deve-se ter em mente que as organizações são muitas ao mesmo tempo, pois são compostas de inúmeras interações. Essa multiplicidade de interações, que Morgan chama de realidades, gera complexidade, apesar de os administradores tentarem frequentemente anula-la, transformando as organizações em fenômenos racionais facilmente compreendidos e interpretados através de objetivos e metas. Para Morgan (1996) este tipo de compreensão da organização prejudica enormemente a análise organizacional verdadeiramente realista. “Caso alguém deseje realmente compreender as organizações é mais inteligente partir da premissa de que as organizações são complexas, ambíguas e paradoxais” (MORGAN, 1996, p. 327).

O enfoque da análise organizacional desenvolvido por Morgan acredita que o real desafio é aprender a lidar com essa complexidade. Ao tentar compreender uma situação organizacional é preciso ser capaz

de enfrentar estes diferentes significados potencialmente paradoxais, identificando-os através de algum critério de análise, embora sempre procurando manter um senso de inter-relacionamento e de integração que são essenciais.

A teoria de sistemas introduziu uma unidade complexa que não se resume à soma de suas partes. Além disso, concebe o sistema com uma noção ambígua ou fantástica, e situou-se como uma teoria transdisciplinar, estendendo-se a todo o conhecimento (MORIN, 2007).

Ao afirmar que os sistemas não são fechados, mas abertos, ou seja, sofrem ação de agentes externos (entorno), a teoria sistêmica coloca as leis de organização da vida em desequilíbrio, recuperado ou compensado, de dinamismo estabilizado. A relação do sistema com o meio ambiente é constitutiva do sistema. A realidade está tanto no elo quanto na distinção entre o sistema aberto e seu meio ambiente.

Entretanto, para Morin (2007) a teoria sistêmica não explorou a auto-organização e a complexidade, necessitando ser integrada a uma nova teoria. Há a necessidade de uma teoria da organização, já que organização, para Morin, ainda não é um conceito organizado. Esse conceito poderia partir da complexificação e concretização do sistemismo e surgir como um desenvolvimento da teoria de sistemas.

A complexidade é a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados, por isso sua estreita relação com a evolução da teoria sistêmica. Essa evolução passa pela possibilidade de entrar nas caixas pretas, considerando a complexidade organizacional e a complexidade lógica (MORIN, 2007).

As empresas têm suas regras de funcionamento e em seu interior vigoram as leis de toda a sociedade. Isto as torna sistemas complexos, onde não só a parte está no todo (empresa na sociedade), mas o todo está no interior da parte que está no interior do todo (sociedade na empresa que está na sociedade). O mercado é uma mistura de ordem e desordem, assim como o universo todo. Uma empresa, assim como o ser humano, se auto-eco-organiza com respeito ao seu entorno. As organizações tem necessidade de ordem e de desordem. Esta leva à inovação, criação, evolução, que produz efeitos que a ordem capta e utiliza (MORIN, 2007).

Diz-se que, quanto mais complexa a organização, mais ela tolera a desordem, pois os indivíduos estão aptos a tomar iniciativa para resolver problemas sem passar pela hierarquia central. Mas o excesso de complexidade é destruturador. O que se busca é uma solidariedade profunda entre os membros da organização, o que permite o incremento seguro da complexidade. Neste sentido as redes informais, as

resistências colaboradoras, as autonomias e as desordens são ingredientes espontâneos para a vitalidade das empresas.

A Teoria da Complexidade tem sido utilizada para a análise organizacional por diversos autores. Serva (1992) acredita que sua utilização enriquece o campo da administração, já que as organizações não são fenômenos claros, objetivos e simples. Silveira et al (2009) concluem que é possível apresentar alternativas para melhoria dos processos nas organizações através da consideração da complexidade de um sistema de produção, caracterizado pelo grande número de interações entre seus elementos.

Silva e Rebelo (2007, p. 14) consideram que a complexidade insere na análise organizacional um novo olhar sobre os sistemas organizacionais, auxiliando na compreensão dos fenômenos de maneira amplificada. Isso implica em romper com a visão racional da realidade presente em muitos processos de intervenção por inserir uma perspectiva mais orgânica, sistêmica e não linear da realidade, o que acarreta no desenvolvimento de uma sensibilidade capaz de compreender a inter-relação entre os eventos e suas implicações para a organização que podem gerar ordem ou desordem.

A interação entre os vários agentes acarreta observar o sistema organizacional a partir de uma rede de relacionamentos, em que a troca promove o surgimento de padrões que tornam o sistema único, adaptativo e complexo. "A teoria da complexidade, assim, insere uma nova forma de vislumbrar o sistema organizacional" (SILVA, REBELO, 2007, p. 14).

Bauer (1999) afirma que faz cada vez mais sentido aplicar a teoria da complexidade aos estudos das ciências sociais. Para ele, "a perspectiva de uma ciência mais 'humana', indeterminista, complexa e subjetiva é muito bem-vinda" para superar barreiras entre a teoria e a prática, instâncias mutuamente gerativas e indissociáveis (BAUER, 1999, p. 234-235).

Vários estudos procuram conceber uma nova teoria das organizações. Bauer (1999, p. 235) ressalta que a teoria da complexidade "oferece um arcabouço teórico bastante adequado" a este propósito. Em ambientes cada vez mais turbulentos, a complexidade aparece como um meio de compreender melhor as dinâmicas organizacionais, tornando as organizações mais capacitadas a não apenas dialogar com a turbulência, mas tirar proveito e evoluir com ela.

Morin (2007) propõe uma *scienza nuova*, um discurso multidimensional não totalitário, teórico, não doutrinário, aberto para a incerteza e a superação, jamais totalmente fechado. É uma modificação,

uma transformação, um enriquecimento do atual conceito de ciência. Chama essa teoria de indisciplinar – pois não pertence a uma disciplina específica. Integra sempre o meio-ambiente, inclusive no conceito de mundo, reconhece a inventividade e a criatividade. O objeto deve ser adequado à ciência, mas a ciência também deve ser adequada ao seu objeto. A *scienza nuova* não destrói as alternativas clássicas, mas amplia a visão para reencontrar e se confrontar com novas alternativas.

2.3 ANÁLISE ORGANIZACIONAL: CAMINHO PARA A MELHORIA DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS

Para lidar com os problemas organizacionais, muito mais do que tentar mudar diretamente o comportamento humano, é imprescindível trabalhar a estrutura, analisar os objetivos e compreender o ambiente. Para Perrow (1976, p. 21), para o que quer se faça na organização é necessário ter uma “visão da coisa com a qual está lidando”, o que consiste em obter uma perspectiva da organização, ou seja, uma análise organizacional.

Perrow (1976) acredita que, para realizar uma análise organizacional mais fidedigna e eficaz, o melhor é utilizar-se do ponto de vista estrutural. “Acreditamos que este ponto de vista possibilite uma abordagem mais econômica ao aspecto de mudanças e soluções de problemas organizacionais” (p. 213).

Para Perrow (1976), ideias pré-concebidas de que os problemas organizacionais são ocasionados por pessoas e que uma boa liderança pode resolvê-los precisam ser esquecidas, e o administrador precisa admitir que a estrutura da organização tem muito mais influência do que se supõe. “Os melhores notam que pode ser necessário alterar a estrutura da organização e redefinir funções, porque os super-homens estão em falta no mercado” (PERROW, 1976, p. 25). Ou seja, a estrutura organizacional interfere significativamente no comportamento dos indivíduos.

Erroneamente, muitas análises organizacionais consideram as características dos indivíduos como a causa principal dos problemas existentes, quando na verdade a estrutura é grandemente responsável pelo comportamento das pessoas, seja pelas regras estabelecidas, seja pela estrutura física imposta, seja pelas técnicas institucionais. Há que haver coerência entre a estrutura organizacional oferecida e o que se quer das pessoas (PERROW, 1976).

Por isso, na elaboração da análise organizacional é necessário que o administrador envolva as pessoas interessadas, tenha a capacidade de ouvi-las e interpretar nas entrelinhas o que está acontecendo na organização, o que muitas vezes estará relacionado diretamente com a estrutura organizacional. O envolvimento das pessoas no processo de diagnóstico organizacional permite que se investiguem as reais fontes de problemas.

Entram aí as habilidades sugeridas por Chester Barnard em 1938: cooperação, trabalho em equipe e comunicação. O processo de diagnóstico exige a cooperação de todos para a mudança, o trabalho em equipe que facilite o entendimento da atual situação, e a boa comunicação para transmitir as informações necessárias, o que faz do diagnóstico uma ferramenta de melhoria realmente útil.

O diagnóstico organizacional deve ser considerado pelos gestores como um instrumento de suporte para as decisões relacionadas à melhoria da organização. Grave e Seixas (1998) ressaltam que o diagnóstico não é um instrumento de solução de problemas, mas necessário para o encontro delas a partir da identificação do problema que favorece um conjunto de informações capazes de orientar para a solução. Morgan (1996) afirma que, quando uma organização lê o seu ambiente, ou seja, elabora o seu diagnóstico, na verdade está criando uma oportunidade de compreender-se a si mesma e as suas relações com o mundo exterior.

Tem-se, então, que o diagnóstico organizacional realizado de maneira inteligente no uso das informações disponíveis é capaz de auxiliar a administração na obtenção de melhores resultados. Mas vale salientar que gerar o diagnóstico não é garantia de sucesso. Como afirmam Grave e Seixas (1998), o diagnóstico não é a solução, mas sim um suporte na sua busca. Com um bom diagnóstico o administrador tem condições de elaborar estratégias capazes de levar a organização a obter os melhores resultados.

Como processo dinâmico, o diagnóstico deve fazer parte dos esforços para a melhoria organizacional, possibilitando uma visão atual da organização, fornecendo informações detalhadas sobre o andamento dos processos e servindo de ferramenta para a elaboração de estratégias que visem a eficácia organizacional. Ao apropriar-se do diagnóstico como ferramenta para a melhoria do desempenho organizacional tem-se a vantagem de detectar em tempo hábil as distorções que podem levar a organização a um declínio, e assim agir sobre elas.

A análise organizacional é o passo que antecede um processo de mudanças. Mudanças organizacionais visam à melhoria e a eficácia da organização. Resistências à mudança sempre acontecerão, especialmente se a gestão desta mudança for mal orientada, ou ainda, se o processo de mudança não for precedido de um diagnóstico organizacional competente. Outro fator que gera resistência é a não participação das pessoas que serão afetadas pela mudança (TACHIZAWA, CRUZ JÚNIOR, ROCHA, 2006).

O diagnóstico organizacional é a avaliação do comportamento de uma organização para descobrir fontes de problemas e áreas de melhoramento. O objetivo é possibilitar o entendimento sistemático da organização, para que tenha uma base para o desenvolvimento de intervenção consistente, orientar o rumo das ações, apontar soluções para os problemas e assim encontrar e indicar as melhores formas e procedimentos para remediá-las. Tem a finalidade de possibilitar o desenvolvimento de intervenções consistentes e assim coordenar o rumo das ações, direcionar soluções para os problemas encontrados e indicar as melhores formas e procedimentos para remediá-las. A questão de base é a sobrevivência organizacional em longo prazo. A sobrevivência está relacionada com a situação de ajuste da organização com seu ambiente (GRAVE, SEIXAS, 1998).

Esse ajuste está relacionado à troca de informações com o ambiente que leva a organização a reelaborar suas estruturas a partir do estímulo que o processo de comunicação provoca. A estrutura do sistema está pronta para receber informações que espera como prováveis. Kunzler (2004) afirma que informações prováveis não podem ser consideradas como informação, pois não provocam mudanças no interior do sistema.

São as diferenças, aquilo que a organização não espera, que provocam mudanças na estrutura. Então, "pode-se afirmar que a informação é uma diferença. E mais: a informação é uma diferença que provoca diferenças, na medida em que o sistema modifica suas estruturas, tornando-se diferente, para receber a informação" (KUNZLER, 2004, p. 131). O processo de mudanças gera expectativas futuras diferentes do que se conhecia antes da "nova" informação. "Cabe salientar que o que vale como informação para um sistema pode não valer para outro de acordo com o sentido de cada um deles" (KUNZLER, 2004, p. 131).

A informação, quando pode operar seletivamente no sistema, pressupõe a capacidade de orientação pela diferença – diferença esta que gera mudanças no sistema, e a operação auto referencial do sistema. Ao

ser "diferente" a informação torna-se útil ao sistema. Uma informação é considerada eficiente quando, a partir dela, pode-se produzir mudanças significativas no sistema (RODRÍGUEZ, ARNOLD, 1991).

O diagnóstico organizacional é composto de informações sobre o estado atual da organização. Essas informações devem produzir mudanças ao demonstrar que o sistema pode ser melhorado. Todo diagnóstico deve ser realizado por observadores que permaneçam abertos e flexíveis, a fim de obter uma visão mais abrangente da organização.

Para Morgan (2006) a análise organizacional sempre será baseada na aplicação de uma teoria à situação analisada. A teoria nada mais é do que uma interpretação da realidade e, como toda interpretação, parte de um ponto de vista fixo. Entretanto, Morgan alerta que um diagnóstico eficaz é aquele que leva em consideração teorias ou explicações rivais, ou seja, deve haver flexibilidade de visão, pois toda organização, sendo um sistema em interação com o seu ambiente, influencia e é influenciado por este, estando em constante transformação.

Para que as organizações melhorem seus processos Morgan (1996) sugere dois passos básicos. O primeiro propõe a produção de uma leitura-diagnóstico da organização. O segundo exige uma avaliação crítica do significado e da importância das situações encontradas. A partir daí pode-se explorar a complexidade das organizações, tanto de modo descritivo quanto prescritivo. Sendo assim, o diagnóstico é requisito básico para a produção de melhorias nas organizações.

Para Kisil e Pupo (1998) o diagnóstico organizacional compõe-se de quatro partes básicas: (1) formular a hipótese ou problema; (2) levantar informações; (3) analisar as informações; (4) comparar as informações para sugerir ações futuras. Para os autores, a participação dos funcionários no processo de diagnóstico possibilita uma maior adesão às mudanças propostas. "Diagnóstico participativo deve ser um esforço consciente de qualquer diagnóstico organizacional" (KISIL, PUPO, 1998, p. 24).

Morgan (1996, p. 344) ressalta que o segredo é aprender como estabelecer um diálogo com a situação, permitindo que ela seja compreendida através de diversos pontos de vista. Para ele, o único modo de se chegar a diagnósticos equilibrados é deixar que os questionamentos aflorem, transformando a avaliação crítica em um modo de pensar, ligando teoria e prática para lidar com a natureza complexa e paradoxal da vida organizacional dentro de uma perspectiva bastante realista.

Chester Barnard (1938), ao afirmar que a organização formal é uma espécie de cooperação inevitável entre homens, já na década de 1930 sinaliza que as organizações são sistemas cooperativos em que a linguagem é fator fundamental para que a cooperação aconteça. Esta linguagem, segundo Barnard, é composta por fatores físicos, biológicos e sociais. Físicos porque exige energia física para emissão e captação das ondas sonoras, bem como condições físicas do ambiente. Biológicos porque é algo feito por seres humanos. E sociais porque a linguagem só tem utilidade em uma situação social.

Como fenômeno social, a linguagem produz reações e mudanças. “A cooperação, portanto, pode ser qualificada como o processo de sintetizar na ação três ordens completamente diferentes de fatores” (BARNARD, 1938, p. 271). Em 1938, Barnard escreveu sobre os princípios da Ação Cooperativa, em que aponta a cooperação como a chave para a eficiência e a satisfação tanto da organização como dos indivíduos que a compõem.

“Um sistema cooperativo é incessantemente dinâmico, um processo de reajustamento contínuo aos ambientes físico, biológico e social como um todo. Seu propósito é a satisfação do indivíduo, e sua eficiência requer que seu efeito seja o de mudar a história de seu ambiente, como um todo” (BARNARD, 1938, p. 82). Ou seja, a cooperação, através do uso da linguagem, produz ação.

Agostinho (2003) ressalta o sistema de comunicação como mediador entre a organização e seu ambiente. Como um sistema complexo adaptativo, a organização necessita da comunicação para interagir com o ambiente e com seus próprios elementos agentes. A comunicação auxilia o fluxo de informações a respeito de seu desempenho e das condições do ambiente.

Como conceitos-chave dos sistemas adaptativos complexos, Agostinho (2003) expõe a autonomia, a cooperação, a agregação e a auto-organização. Todos estes conceitos se inter-relacionam, e a comunicação surge como um dos elementos que proporcionam esta inter-relação.

A autonomia dos sistemas complexos adaptativos é auxiliada pela comunicação, possibilitando o aumento de uma de suas vantagens às organizações: o aprendizado. “A comunicação sofisticada e a capacidade de prever teoricamente as consequências de seus atos, sem que seja necessário experimentar uma situação real, resultam em uma enorme capacidade de aprendizado. Contudo, tamanho potencial só é realizado quando é permitido ao indivíduo colocar seu julgamento em ação” (AGOSTINHO, 2003, p. 9).

Esta autonomia proporciona aos indivíduos e à organização o aprendizado e a solução de conflitos através da discussão entre os atores autônomos. A cooperação é fator crítico para gestões que pretendam aproveitar o conhecimento contido nas organizações. Indivíduos que cooperam buscam benefício próprio através do benefício coletivo (AGOSTINHO, 2003).

Agostinho (2003) retrata a organização como uma agregação, identificado por seus objetivos e competências globais em torno dos quais agrega-se indivíduos que contribuem para a competência do todo com suas habilidades e conhecimentos. Trata-se dos subsistemas da organização. "Quanto mais complexo o sistema, mais níveis de organização serão encontrados" (AGOSTINHO, 2003, p. 10).

Entretanto, os níveis hierárquicos não precisam ser necessariamente tratados de maneira autoritária. Esses níveis hierárquicos exigem um maior poder de comunicação, para que a informação flua de maneira a contribuir para o crescimento da organização e não tolher a autonomia dos indivíduos. A agregação possibilita que a organização suporte as pressões de seleção que existem em seu ambiente (AGOSTINHO, 2003).

A intersubjetividade nos processos de entendimento acontece na forma de aconselhamento instituído na organização e nas redes de comunicação, que funcionam como sensores que reagem à pressão de situações-problema. Essas redes utilizam-se do poder comunicativo não para dominar, mas para direcionar a administração para determinados canais. Neste sentido, o discurso argumentativo surge como facilitador da cooperação, proporcionando igualdade de direito comunicativo (LIMA et al, 2009).

Agostinho (2003, p. 11) ressalta como um dos aspectos mais interessantes das organizações sociais humanas o fato de termos a capacidade de escolher como os sistemas complexos adaptativos devem operar na prática. Isso acontece pela capacidade do gestor de identificar pontos com maior ou menor efeito multiplicador, direcionar recursos adequadamente e criar condições mínimas para que a organização funcione adequadamente. Eis a auto-organização.

O potencial auto organizante das organizações necessita da autonomia dos indivíduos, para que os mesmos possam utilizar suas capacidades a favor da organização; necessita de relações cooperativas, caso contrário tem-se o caos. A autonomia e as relações cooperativas, importantes para criar um ambiente propício para a auto-organização, necessitam de aspectos comunicativos para acontecerem nas organizações. Os gestores devem se esforçar para que "o sistema se

auto-organize, não só abrindo e fortalecendo canais de comunicação multidirecionais, como também ampliando a capacidade de percepção, interpretação e resposta a todos os tipos de *feedback*" (AGOSTINHO, 2003, p. 12).

Ao permitir que o sistema entre em contato com seu entorno, ao mesmo tempo em que se isola dele, a comunicação transforma-se em operação básica paradoxal, além de os sistemas disporem de uma linguagem com fundo semântico (LIMA et al, 2009).

Para Morgan (1996) ao estabelecer um diálogo com a situação que se está tentando compreender é o único modo de realizar julgamentos equilibrados. Desenvolver a arte da leitura das situações, da análise crítica e da avaliação é um novo modo de pensar, no qual se aprende a reconhecer pontos importantes e as ideias cruciais. Neste caso, a ação comunicativa surge como uma ferramenta de apoio à função gerencial e ao sucesso das organizações.

Toffler (1985) ressalta que as propostas participativas são a única alternativa para obter eficiência no novo ambiente em que as organizações se encontram. Afirmar que a hierarquia vertical está perdendo sua eficiência, enquanto os responsáveis pela decisão se confrontam com tipos cada vez mais variados de problemas, complexas decisões técnico-econômicas, responsabilidades políticas, culturais e sociais. A consequência disto é que as decisões atualmente devem ser tomadas em níveis cada vez mais baixos da organização. "Assim, as demandas de participação não fluem do ideológico para a política, mas sim do reconhecimento de que o sistema, conforme está estruturado hoje, não pode sem isso reagir eficientemente ao meio em rápida transformação" (TOFFLER, 1985, p. 148).

Nassar (2006) ressalta a importância da comunicação e da participação dos atores envolvidos para que a organização atinja suas expectativas de imagem, conceito e bons resultados. Salienta a comunicação deve ser desenvolvida como instrumento de gestão, capaz de orientar o relacionamento com os atores, permitindo que estes participem e haja envolvimento de sentidos e atitudes das pessoas.

Através do pensamento sistêmico e da Teoria da Complexidade desenvolveu-se um projeto cujo objetivo é a criação de um instrumento de avaliação organizacional a partir da ideia-chave da complexidade, ou seja, da interação. Este instrumento busca contemplar a visão sistêmica do processo produtivo, bem como proporcionar às organizações um instrumento de melhoria de gestão, capaz de detectar potenciais de melhorias às organizações e transformá-las em sistemas eficazes (SILVEIRA et al, 2009, p.7).

Este instrumento, desenvolvido pelo NIEPC (Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos), abrigado pelo programa de pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, é fruto de diversos estudos baseados na ideia de que as organizações são compostas por elementos interligados, o que não permite soluções isoladas, mas onde somente soluções sistêmicas parecem funcionar (AGOSTINHO, 2003).

A evolução deste instrumento pode ser resumida no quadro a seguir:

1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
Estabelecimento das 10 categorias de análise baseadas nos trabalhos de Hanson e Voss.	Identificação de componentes que influenciam as categorias ao mesmo tempo, denominados fatores.	Direcionamento das assertivas para os objetivos de desempenho: Qualidade, Flexibilidade, Confiabilidade, Rapidez e Custos (SLACK et al, 1999).
Elaboração de assertivas para avaliar a inter-relação das Categorias, e destas com o PCP. Ou seja, cada categoria se relaciona com as demais e com o PCP através de assertivas.	Seleção de vinte e quatro Fatores que serviram de elo entre as categorias e entre cada categoria e o PCP.	Consideração dos elementos do PCP como categorias de análise, totalizando 13 categorias; Relação de cada categoria com cada objetivo. Através de uma assertiva para cada relação.
Estrutura do instrumento: 120 quadros compostos com 3 a 5 assertivas, totalizando em torno de 480 assertivas.	Estrutura do instrumento: 75 quadros compostos com 3 a 5 assertivas, totalizando em torno de 300 assertivas.	Estrutura do instrumento: 65 quadros compostos com 1 assertiva, totalizando 65 assertivas.
Referência: Dissertação de Alcelmo Schulz (2008).	Referência: Dissertação de Thiago Sanches (2009).	Referência: Dissertação de Aline Maria de Oliveira Lopes Silveira (2010).

Quadro1: Evolução do instrumento de avaliação organizacional do NIEP - 2010
Fonte: Adaptado de Silveira.

Sabendo-se que o sistema de produção consiste em uma série de inter-relações desencadeiam uma soma de processos e operações que permite a elaboração de um produto (bem ou serviço), Schulz (2008), através de estudos baseados em Hanson e Voss (1995), determinou os subsistemas que formam a gestão da produção, e chamou esses subsistemas de categorias de análise. Hanson e Voss (1995) desenvolveram uma pesquisa reconhecida internacionalmente, chamada de *Best Practices in European Manufacturing Sites*. Estes consultores compararam o que de melhor estava sendo feito no mundo na gestão da produção para melhorar o desempenho das empresas europeias por meio de comparação.

Ao subdividir o sistema em categorias de análise tem-se o aumento da complexidade, o que permite que o sistema consiga absorver e responder a complexidade do ambiente em que está inserida. Essas categorias são de tal forma interligadas que, ao agir em uma, as outras consequentemente serão afetadas. Sanches (2009) demonstrou a interligação das categorias de análise baseadas no modelo do professor Chris Voss, da *London Business School* e do consultor da IBM, Philip Hanson sobre as boas práticas da produção manufatureira através da figura abaixo:



Figura 1 – O complexo inter-relacionamento da produção – 2009

Fonte: Sanches, T.

Essas categorias de análise são compostas por eventos e ações específicas que influenciam direta ou indiretamente e com determinada intensidade os resultados de outro subsistema. Assim, Schulz (2008) definiu as dez categorias de análise dos sistemas produtivos de qualquer

organização: Desempenho Operacional, Desenvolvimento de Novos Produtos, Equipamentos e Tecnologias, Fábrica, Investimentos, Gestão Ambiental, Organização e Cultura, Qualidade, Saúde e Segurança, Tempo de Ciclo.

Silveira (2010) incorporou mais três categorias de análise: Planejamento da Produção, Programação da Produção e Controle da Produção, totalizando, assim, as 13 categorias que compõem atualmente o instrumento.

Ao optar pela representação do sistema em subsistemas (ou categorias de análise), Sanches (2009, p. 46) evidencia que estas categorias não estão isoladas dentro do sistema, havendo componentes críticos que afetam toda a cadeia da produção. Isto significa dizer que existem componentes dentro de um subsistema que respondem ao sistema como um todo. A esses componentes críticos Sanches (2009) deu o nome de fatores, e definiu 24 fatores críticos a serem observados dentro do sistema produtivo.

Piana (2009), após pesquisa em livros e artigos científicos brasileiros, classificou 14 fatores que devem ser trabalhados para que a organização se torne competitiva. Esses fatores apresentaram-se em dois blocos que se inter-relacionavam entre práticas e resultados, conforme o quadro abaixo:

PRÁTICAS	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Produção enxuta • Informação • Tecnologia • Responsabilidade • Treinamento • Relacionamento com clientes • Integração (da empresa ao meio em que opera) • Benchmarking • Inovação 	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade • Confiabilidade • Rapidez • Qualidade • Custo

Quadro 2: Práticas e resultados - 2009

Fonte: Adaptado de Piana, J.

Ambos os grupos conferem desempenho à organização. As práticas referem-se às atitudes, esforços ou habilidades que geram as características de resultado, ou seja, aquelas capazes de proporcionar competitividade direta à organização. A maneira como as práticas são

aplicadas configuram os esforços adotados, os meios para o alcance dos resultados - flexibilidade, inovação, qualidade, confiabilidade, rapidez, custo (PIANA, 2009, p. 59). Após pesquisas e discussões, o grupo de pesquisas NIEPC considerou que o fator inovação não se enquadra como fator de resultado, apesar de não se enquadrar totalmente como prática. Ao resultar da prática, a inovação é um meio para atingir os fatores de resultado. Sendo assim, optou-se por trabalhar como fatores de resultados apenas a flexibilidade, a qualidade, a confiabilidade, a rapidez e o custo.

Todos esses aspectos encontram-se interligados. Como uma rede complexa, ao interferir em um fator todos os outros serão afetados (positiva ou negativamente). Não só as práticas estão interligadas aos resultados, como também verifica-se a relação prática x prática e resultado x resultado. Essa interação precisa ser considerada ao gerar diagnósticos e projetos de melhoria (PIANA, 2009).

2.4 ORGANIZAÇÕES DE CUIDADOS DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS E DISCURSO

Organizações de saúde não costumam ser encaradas como empresas. Entretanto, para prestar seus serviços, estas organizações realizam tarefas complexas e processos administrativos semelhantes aos de qualquer outra organização. A diferença é que essas atividades tem um significado especial: ao trabalhar com a enfermidade das pessoas uma organização de saúde reflete fielmente as condições de vida da população e o desenvolvimento da sociedade (TORO RESTREPO, 2000, p. 1).

As organizações de saúde evoluem paralelamente ao conhecimento que o ser humano adquire sobre as enfermidades e os tratamentos para elas. Do pensamento de que as doenças eram o castigo por um pecado cometido ao progresso da ciência e o desenvolvimento tecnológico, as organizações de saúde evoluíram para o que hoje se conhece: assim como as demais organizações, tem clara responsabilidade social, são submetidas a rígidas exigências sanitárias, bem como respondem com obrigações legais e penais, o que as tem obrigado a melhorar cada vez mais suas atividades (TORO RESTREPO, 2000, p. 5).

Toro Restrepo (2000, p. 6) afirma que nas organizações de saúde encontram-se os elementos comuns a todas as organizações: estrutura,

processos e ambiente. Cada área de uma organização de saúde é uma empresa, o que chama de "empresa de empresas". Esta concepção proporciona uma visão da composição e da complexidade das organizações de saúde.

O elemento estrutural refere-se aos níveis de responsabilidade, hierarquia e disposição dos elementos na organização para que esta desenvolva suas funções. A sequência em que esses elementos serão aplicados para a obtenção de resultados constitui os processos. Tanto a estrutura como os processos devem obedecer ao ambiente em que a organização está inserida. "A finalidade da empresa está, por um lado, no ambiente e, por outro, na estrutura e nos processos" (TORO RESTREPO, 2000, p. 6).

Do ponto de vista organizacional, atualmente as organizações de saúde vivenciam a terceira etapa de sua evolução, que corresponde à prestação de serviços de saúde como resposta às obrigações que os estados tem de cuidar dos seus cidadãos. Isto implica que estas organizações "estão submetidas à influência das teorias econômicas e administrativas, com necessidade de otimizar recursos e reduzir custos" (TORO RESTREPO, 2000, p. 6).

No Brasil, a saúde é um direito constitucional garantido a todo cidadão. O artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 considera a saúde um "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (SANTA CATARINA, 2002, p. 19).

A fim de garantir este direito, e também pela preocupação cada vez maior com a longevidade e a qualidade de vida, observa-se um avanço nas organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas. Isto as tem obrigado a buscar ferramentas de gestão que garantam sua sustentabilidade e eficiência.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado para garantir o direito constitucional à saúde. Trata-se de um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, formando um mesmo corpo de atendimento à saúde. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos. Trata-se do sistema de saúde de todos os brasileiros, meio pelo qual é garantido o acesso integral e universal para toda a população (BRASIL, 2010a).

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde no Brasil. São diretrizes do SUS a descentralização, o atendimento integral e a participação popular. Para legitimar o direito constitucional à saúde, a estruturação do SUS deve obedecer aos seguintes princípios organizativos: (i) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (ii) integralidade de assistência; (iii) preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral; (iv) igualdade da assistência à saúde; (v) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; (vi) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; (vii) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; (viii) participação da comunidade; (ix) descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo (descentralização para os municípios e regionalização e hierarquização da rede); (x) integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; (xi) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; (xii) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; (xiii) organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

Verdi e Coelho (2005, p. 73) ressaltam que os maiores desafios do SUS, atualmente, estão ligados à estruturação de um novo modelo de atenção à saúde. Este novo modelo deve, às vistas dos Princípios Éticos da Universalidade, Equidade e Integralidade, melhorar a qualidade da atenção, aumentar a resolutividade da rede de unidades básicas de saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e garantir o acesso aos serviços de médio e alto custo/complexidade, a fim de, gradativamente, superar as desigualdades de acesso existentes.

Como redes de atenção à saúde entende-se a organização horizontal dos serviços que permite prestar uma atenção contínua a determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa. As redes de Atenção à Saúde do SUS devem ser estruturadas segundo princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e numa relação dialética entre eles, respondendo com eficiência e eficácia aos problemas de saúde agudos e crônicos da população. Ao conceber a Atenção à Saúde como rede, deve-se substituir a ideia de hierarquia por poliarquia, já que não há hierarquia

entre os níveis de atenção à saúde: todos são igualmente importantes para os objetivos do sistema (BRASIL, 2007, p. 255).

Um nível não é mais ou menos importante que o outro, já que a atenção à saúde no Brasil, por força de lei, deve ser integral. Essa ordenação tem por objetivo melhorar a programação e o planejamento das ações e serviços do SUS. Os níveis de atenção à saúde são (BRASIL, 2009a, p. 43, 37, 207):

Atenção Básica: composta por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, de responsabilidade da gestão municipal. É o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica eficiente garante resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Seu programa prioritário é a Estratégia Saúde da Família.

Atenção de Média Complexidade: composto por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações.

Atenção de Alta Complexidade: trata-se de um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS estão organizadas em "redes". Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de

Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

Considerando a crescente demanda pelos serviços de urgência e emergência, devido ao aumento dos acidentes, da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, o que gera uma sobrecarga dos serviços de saúde. Isso tem um forte impacto sobre o SUS, seja no aumento dos gastos com internações hospitalares, assistência em UTI e altas taxas de permanência hospitalar de pacientes com esse perfil. Diante deste quadro, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, através da portaria 1.863/03, incorporando-a ao nível de atenção de média complexidade (BRASIL, 2003).

Para minimizar esse efeito e garantir a integralidade do acesso à saúde, entre outras ações, o Ministério da Saúde instituiu as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, como forma de melhorar o atendimento de urgência e emergência à população. As UPA são integrantes do componente pré-hospitalar e devem ser implantadas em locais estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2010b).

Como um sistema complexo, as estruturas e os processos dentro de uma organização de serviços de saúde são de tal forma interligados que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Motta (2001, p. 29) afirma que "os serviços de saúde constituem um sistema imperfeito em que as interações entre seus componentes não são harmoniosas nem coerentes e sofrem a influência de interesses e contingências próprias de um ambiente social cuja realidade é mutável e imprevisível".

Neste ambiente imprevisível há certa dificuldade em gerenciar as organizações de saúde, dadas as fragmentações e desequilíbrios produzidos no sistema como um todo devido às pressões ambientais. Motta (2001, p. 29-32) retrata algumas características são inerentes às organizações de saúde que devem ser levadas em consideração pelos gestores de organizações de saúde:

- intangibilidade da produção dos serviços de saúde: as atividades de saúde dificilmente são objetiváveis, e se esgotam no momento do fornecimento;

- receios e cautelas na interação: a interação é vista como perda de autonomia pelos profissionais da saúde;
- trabalho fragmentado: as unidades administrativas trabalham isoladas do restante da organização, ocorrendo pouca interação. A especialização é outro fator que fragmenta o trabalho;
- recursos ilimitados: ao lidar com momentos críticos da vida humana, os recursos empregados são considerados ilimitados, esquecendo-se o caráter finito dos mesmos;
- funcionamento autônomo e competitivo das distintas unidades de produção: as unidades competem por recursos e funcionam de maneira autônoma – a sobrevivência às vezes se dá à custa dos outros;
- debilidade das estruturas formais: a capacidade de estabelecer dependência e autonomia dificulta as estruturas formais;
- distribuição do poder para além das estruturas formais: atores com grande capacidade de decisão estão à margem das estruturas gerenciais, dificultando a cooperação;
- pensamento corporativo: quanto maior a especialização, mais os interesses das classes profissionais se distanciam dos objetivos organizacionais. Pensa-se primeiro na categoria, e depois na organização.
- necessidade de uma coordenação flexível, capaz de estimular a integração e a autonomia.
- inexistência de visão integral do assunto: os profissionais da saúde interessam-se pouco pelos objetivos e pela melhoria da eficiência da organização para a qual trabalham.
- normalização do trabalho: mudanças são difíceis, pois impera o pensamento do "sempre fiz assim", o que dificulta melhorias.

Soma-se a estas características o fato de que, nos últimos anos, os investimentos em saúde foram reduzidos, ao mesmo tempo em que a demanda pelos serviços de saúde públicos cresceu. Esta equação tem afetado a quantidade e a qualidade da oferta de serviços, e as organizações de saúde não têm amadurecido e desenvolvido modelos alternativos que permitam a melhoria da eficiência, eficácia e qualidade (MOTTA, 2001, p. 23).

Para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde adotou o Processo de Acreditação Hospitalar, um método de diagnóstico criado nos Estados Unidos, que baseia-se no consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente, na educação permanente dos seus

profissionais. Neste processo não se avalia um setor ou departamento isoladamente, mas todo o conjunto (BRASIL, 2001, p. 15).

O processo de Acreditação ocorre após a manifestação de interesse por parte da organização prestadora de serviços de saúde junto à Instituição Acreditora, que coleta as informações necessárias e formula uma proposta, que deverá ser aceita pela organização prestadora de serviços de saúde. Após o fechamento do contrato, é indicado o avaliador, o avaliador líder e uma equipe de avaliadores. O avaliador é um profissional qualificado para efetuar as avaliações do Processo de Acreditação. O avaliador-líder é o responsável, perante a Instituição Acreditora, por todas as fases do processo de avaliação, com autoridade para tomar decisões relativas à coordenação do processo. A equipe de avaliadores deve ser composta por, no mínimo, três membros, sendo um médico, um enfermeiro e um administrador; cada equipe deve ter um avaliador-líder (BRASIL, 2001, p. 16).

Após o processo de Acreditação, a organização será classificada em um dos três níveis, conforme o Manual Brasileiro de Acreditação (BRASIL, 2001):

- **Nível 1** - a instituição é denominada “Acreditada”, e o princípio norteador deste nível de Acreditação é a segurança, o que pode ser avaliado pela estrutura apresentada pela instituição;
- **Nível 2** - neste caso, a denominação é “Acreditada Plena”, tendo como princípio a organização, o que pode ser avaliado através dos processos utilizados (e apresentados pela instituição contratada para a Acreditação);
- **Nível 3** - neste nível, a instituição passa a ser denominada “Acreditada com Excelência”, em que o princípio é a excelência na gestão, o que pode ser avaliado através de seus resultados.

Ao solicitar a Acreditação, a organização de saúde tende naturalmente a enquadrar-se no nível um. Entretanto, a organização deve trabalhar e almejar o nível três, através de planejamento e projetos de melhoria, a fim de tornar-se uma organização excelente. A Acreditação, por si só, não garante aos usuários serviços de qualidade. Apenas indica se a organização certificada tem condições – ou não – de produzir os serviços, se o desejarem (MEZOMO, 1995).

Entretanto, o instrumento adotado pelo Processo de Acreditação é baseado em *check-list* que avalia a organização através do método “possui” ou “não possui”. Esse método não avalia a organização de saúde de maneira sistêmica, visto que não considera o sistema x entorno.

Para Luhmann (1997a, p. 41) é a partir do entendimento da relação sistema x entorno que o sistema se auto estrutura ou organiza para responder à complexidade. Não se trata de trazer o fato concreto existente no entorno para dentro do sistema, mas de considerá-lo ao analisar-se o sistema, o que o Processo de Acreditação não faz.

Este tipo de avaliação que não leva em consideração a relação sistêmica, o que limita o instrumento, pois é necessário avaliar sim os quesitos padrões, mas também é necessário analisar o entorno de cada organização de saúde, já que este entorno afeta significativamente o sistema. Demo (2002, p. 17) ressalta que, na complexidade não linear, pulsa a relação própria entre o todo e as partes, feita ao mesmo tempo de relativa autonomia e profunda dependência. A não linearidade implica em equilíbrio e em desequilíbrio, já que a segurança de algo fechado coincide com a morte.

Outro ponto que limita o instrumento de Acreditação é que o mesmo não possibilita ao sistema a obtenção de ideias de melhoria. Ao avaliar a organização baseando-se em respostas do tipo “sim” ou “não” o instrumento inibe que o sistema questione ou pense em soluções. Apesar de Luhmann (1997b, p. 53) afirmar que o sistema encontra-se operacionalmente fechado no seu processo de internalização da complexidade (seleção), criação de subsistemas e modificação de sentido com relação ao seu entorno, ele destaca que o entorno participa deste processo ao irritar o sistema, o que o leva a se autoproduzir. A própria irritação faz parte do sistema.

Lima (2005) afirma que as avaliações nas organizações de saúde tem sido irregulares, baseadas em opiniões pessoais, desviadas de sua finalidade principal e utilizadas como instrumento de constatação de algo que se deseja provar, mais do que realmente saber o que de fato aconteceu – finalidade da avaliação para proporcionar melhorias.

Por sua complexidade, organizações de saúde requerem uma forma sistêmica de avaliação. Aguilar e Ander-Egg (1994) ressaltam que, em ciências sociais, a avaliação é uma forma de valoração sistemática baseada em procedimentos que identificam, obtêm e proporcionam a informação pertinente para julgar o mérito e o valor de algo, de maneira justificável. "Seria um desatino avaliar atividades que não se consideram importantes ou objetivos que carecem de significado" (AGUILAR, ANDER-EGG, 1994, p. 23).

Mezomo (1995) ressalta que a administração das organizações de saúde, dada a sua complexidade, necessita ser compartilhada com todos os atores envolvidos, a fim de obter resultados positivos. Neste sentido,

faz-se necessária a utilização do Discurso como ferramenta para fomentar a integração dos atores.

2.5 COMPLEXIDADE E ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE: AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

A amplitude de fatores internos e ambientais capazes de comprometer os resultados das organizações de saúde as torna ainda mais complexas (MEZOMO, 1995). Ao utilizar-se a teoria da complexidade no entendimento das organizações de saúde, percebe-se as inter-relações existentes e, a partir desta percepção, pode-se atuar de maneira mais efetiva na obtenção de resultados.

Trabalhos desenvolvidos por Schulz (2008), Sanches (2009) e Silveira (2010) determinaram os subsistemas que formam a gestão da produção, aos quais nomearam categorias de análise. A evolução das pesquisas aponta para 13 categorias de análise, a saber: Controle da Produção, Desempenho Operacional, Desenvolvimento de Novos Produtos, Fábrica (que para organizações de serviço será adaptada para Instalações), Gestão Ambiental, Investimentos, Organização e Cultura, Planejamento da Produção, Programação da Produção, Qualidade, Saúde e Segurança, Tecnologia, Tempo de Ciclo (SILVEIRA, 2010).

Todos estes trabalhos descreveram estas categorias em organizações industriais. O objetivo agora é transportar estas categorias de análise para organizações de serviços, especialmente as organizações de serviços de saúde, o que será descrito a seguir.

2.5.1 Controle da Produção

A função controle visa garantir que as ordens de produção serão cumpridas corretamente. Esta garantia necessita de um sistema de informação que periodicamente relate sobre o material em processamento, estado atual de cada ordem de produção, quantidades produzidas, utilização de equipamentos entre outras informações (MOREIRA, 2006).

O controle da produção está associado à programação da produção e tem o objetivo de acompanhar a produção, tomando informações para subsidiar correções necessárias. O controle pode

assumir diversas formas, como verificadores de quantidades fabricadas, de qualidade e de custos, utilizando-se dos instrumentos elaborados na programação da produção (ERDMANN, 2007).

Slack et al (1999) ressaltam que entre planejamento e controle não existe uma divisão clara de conceitos. Para eles o controle é o processo capaz de lidar com as diferentes variáveis que influenciam a execução (ou não) de um determinado plano. É responsável pelos ajustes que permitirão que a produção atinja os objetivos estabelecidos no planejamento da produção, ainda que as suposições feitas no plano não se confirmem.

O controle fornece a realimentação, ou seja, a crítica para determinar se o processo de administração estratégica está adequado, se está compatível com a realidade e se está funcionando de forma apropriada. Este controle ocorre (a) medindo o desempenho, (b) comparando o desempenho medido com as metas e padrões adotados, (c) tomando atitude corretiva para adequar os eventos planejados (KISIL, PUPO, 1998).

Para Kisil e Pupo (1998) no setor de saúde o controle estratégico deve contemplar desde a criação da estrutura organizacional e a definição de processos de trabalho até a criação de mecanismos de negociações das demandas/necessidades dos vários segmentos sociais e políticos, passando pela avaliação da satisfação dos usuários e divulgação de informações a todos os interessados.

2.5.2 Desempenho Operacional

É senso comum que as organizações estão diante de um ambiente cada vez mais dinâmico e competitivo, e que cada vez mais estão em busca de eficiência e eficácia em seus processos. O desempenho operacional é o resultado da busca pelo aumento da produtividade, qualidade, inovação e lucratividade (SCHULZ, 2008).

Tachizawa, Cruz Júnior e Rocha (2006, p. 45) afirmam que a atual tendência das organizações não é mais a preocupação com a eficiência e a eficácia consideradas isoladamente, mas sim com a produtividade, ou seja, a interação e combinação dos dois fatores. Tem-se então a produtividade como "um conceito econômico que une a visão mercadológica de eficácia com a preocupação de rendimento operacional, que é a ênfase da eficiência".

Atingir o máximo de valor e qualidade com o mínimo de esforço e custo é o objetivo de toda organização. Ao monitorar o desempenho aumenta-se a responsabilidade pela produtividade e o controle da gestão, além de propiciar as informações necessárias para a readequação do processo produtivo (MOTTA, 2001).

A produtividade dos serviços de saúde tem sido ponto de discussões das reformas do setor, já que frequentemente nota-se ausência de correlação entre os gastos em saúde e indicadores como esperança de vida ou mortalidade, bem como estão longe da real necessidade do usuário (DAL POZ, VARELLA, PIERANTONI, 1998).

Avaliar o desempenho em organizações de saúde é deveras complexo, dada a dificuldade de se trabalhar com generalizações, impedida pela diversidade de atores e componentes internos e externos à organização. Diante das características intrínsecas às organizações de saúde, a mensuração do desempenho operacional de certa forma é atrelada à organização do processo de trabalho (DAL POZ, VARELLA, PIERANTONI, 1998).

Em organizações de saúde, o desempenho operacional e o desempenho da equipe de saúde confundem-se. Por esse motivo, Motta (2001) sugere a análise de fatores passíveis de mudança pela equipe de saúde e sua repercussão no desempenho do trabalho, através da relação entre seu desempenho e o uso dos recursos disponíveis.

2.5.3 Desenvolvimento de Novos Produtos

O desenvolvimento de novos produtos é parte da estratégia empresarial. Essa estratégia pode ser do tipo *product-out*, em que a organização desenvolve novos produtos com base na tecnologia que possui, ou pode ser do tipo *market-in*, em que o desenvolvimento de novos produtos é baseado em pesquisas de mercado. Ao utilizar as duas estratégias combinadas, a organização maximiza seus recursos produtivos e de desenvolvimento de novos produtos (MARTINS, LAUGENI, 2006).

O investimento para desenvolver um novo serviço geralmente é menor do que o desenvolvimento de um novo bem. Entretanto, o setor de serviços tem na intangibilidade de seu produto a justificativa para a negligência no desenvolvimento de novos serviços, costumeiramente implantados na base da tentativa e erro (MOREIRA, 2006). Enquanto os bens são desenvolvidos através de projetos bem elaborados, estudados e

testados, os serviços frequentemente precisam ser redesenhados por não se adequarem às necessidades e expectativas dos consumidores (MEZOMO, 1995).

Para Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) a necessidade de desenvolvimento de novos serviços engloba a aprovação inicial do conceito do serviço, a demanda, a pressão do mercado e a ação dos concorrentes. Mezomo (1995) ressalta a importância de atender as expectativas e necessidades dos usuários através da criação de novos serviços, o que considera como a única chance de sobrevivência das organizações de serviço.

O desenvolvimento de novos serviços pode surgir de fontes diversas: sugestões e reclamações de clientes, bancos de dados de clientes para extensão de serviços, tendências demográficas e inovações tecnológicas, estas surgindo como a base de inovações radicais nos serviços (FITZSIMMONS, FITZSIMMONS, 2000).

Stevenson (2006) alerta para a importância da variabilidade dos serviços demandados e o grau de envolvimento do cliente no sistema de fornecimento para o desenvolvimento de novos serviços. Além disso, o processo deve ser considerado, pois nos serviços há uma sobreposição do projeto de produto e o projeto de processo.

O projeto de um serviço inicia-se com a determinação da estratégia do serviço, etapa em que são definidos a natureza, o escopo e o mercado-alvo. Em seguida, as exigências e necessidades dos consumidores devem ser analisadas e incorporadas ao projeto (STEVENSON, 2006). Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) categorizam a captação de novas ideias como entradas no desenvolvimento de novos serviços, em que os estágios de desenvolvimento e análise representam a fase de planejamento, seguida dos estágios de desenho e lançamento, que representam a fase de execução do ciclo de desenvolvimento de novos serviços.

Costa e Salazar (2007) afirmam que as organizações de serviços de saúde necessitam implantar novos produtos e processos, e que o desenvolvimento destes depende de recursos humanos suficientes e capacitados, bem como recursos financeiros, equipamentos, materiais e medicamentos.

Azevedo, Braga Neto e Sá (2002) apontam a crise que o setor de saúde do Brasil enfrenta nos últimos anos como o estopim para a busca de inovação na prestação deste serviço, seja no desenho de novos sistemas de gestão ou no desenvolvimento de ferramentas gerenciais, bem como na busca de novos processos de atendimento, mais humanizado, eficiente e eficaz.

2.5.4 Gestão Ambiental

Assunto atualmente em moda, a gestão ambiental compreende as diretrizes e princípios norteadores do planejamento e gerenciamento ambiental. Os instrumentos, legais e institucionais, visam a melhoria da *performance* ambiental da organização, representando ganhos de energia ou de matéria contida no processo de produção (SCHULZ, 2008).

Para Valle (2002) a gestão ambiental engloba a definição de um conjunto de medidas e procedimentos que permitem controlar e reduzir os impactos que a organização exerce sobre o meio ambiente, considerado pelas leis brasileiras como as diferentes formas de vida. Parte integrante do planejamento estratégico das organizações, a política ambiental deve expressar um compromisso formal perante a sociedade das ações relacionadas ao meio ambiente.

Bernardini (2008) ressalta que a geração de impactos socioambientais tem tido crescente importância para os processos produtivos. Inicialmente, as preocupações estavam voltadas para a qualidade, depois para a qualidade do ambiente de trabalho e, atualmente, para a qualidade ambiental. A reputação das empresas é avaliada também pelas ações ambientais que a mesma adota.

Tachizawa, Cruz Júnior e Rocha (2006) afirmam que um dos maiores desafios atuais das organizações é a projeção e melhoria da qualidade do ambiente, que depende de uma atuação ecologicamente responsável. Demonstram que a gestão de negócios não é conflitante com a preservação ambiental e ecológica, que este movimento cresce em escala mundial, que os clientes valorizam empresas ecologicamente responsáveis e que as organizações sofrem cada vez mais pressão para agirem para preservar o meio ambiente.

"As organizações que tomarem decisões estratégicas integradas à questão ambiental e ecológica conseguirão significativas vantagens competitivas, quando não, redução de custos e incremento nos lucros a médio e longo prazos" (TACHIZAWA, CRUZ JÚNIOR, ROCHA, 2006, p. 36). Ou seja, a gestão ambiental é um importante instrumento gerencial de competitividade, sendo associada à sustentabilidade ambiental com a sustentabilidade organizacional. "Quanto antes as organizações começarem a enxergar o meio ambiente como seu principal desafio e como oportunidade competitiva, maior será a chance de que sobrevivam" (TACHIZAWA, CRUZ JÚNIOR, ROCHA, 2006, p. 37).

Valle (2002) constata que a questão ambiental não deve ser preocupação apenas das organizações industriais, mas também das organizações de serviço. Além de ser um diferencial competitivo, a gestão ambiental favorece a redução de custos também para os serviços – pela redução do desperdício, quando não, torna-se condição essencial para a sustentabilidade do negócio, como no caso dos empreendimentos turísticos.

As organizações de saúde também precisam ingressar na era das organizações ambientalmente responsáveis. É sabido que muitos de seus processos e instalações, se não gerenciados ambientalmente, provocam sérios danos aos seres humanos e à ecologia. Tachizawa (2009) ressalta a importância de que as organizações de saúde tenham ações proativas no intuito de diminuir o impacto ecológico, através de programas de tratamento, redução e reciclagem do lixo hospitalar e da correta utilização das instalações hospitalares. Isto inclui, principalmente, um trabalho de conscientização e treinamento dos profissionais de saúde na correta utilização de equipamentos e materiais descartáveis, além da redução do desperdício de água e energia – sem que esta redução prejudique o atendimento.

2.5.5 Instalações

A categoria instalações é uma adaptação para organizações de serviço da categoria fábrica. Considerando como fábrica o ambiente onde ocorre o processo produtivo, quer seja de um bem ou de um serviço, Schulz (2008) afirma que a organização e a acessibilidade do ambiente de trabalho são aspectos fundamentais na gestão da produção, capazes de proporcionar desempenho mais ágil e eficaz através da sinergia criada entre as partes.

Considerada por Martins e Laugeni (2006) como uma decisão estratégica, a localização do ambiente produtivo deve levar em consideração a capacidade, a demanda, e fatores locais como infraestrutura, aspectos ambientais, a rede de suprimentos, entre outros. Já o layout necessita adequar-se ao processo produtivo, observando-se o espaço necessário para cada atividade, os equipamentos e as pessoas envolvidas.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) afirmam que as instalações de serviços afetam não só a competitividade e a demanda, como também as dimensões estratégicas de flexibilidade, posicionamento competitivo,

gerenciamento da demanda e focalização. Além disso, diferenças sutis nas instalações são importantes, pois podem reduzir custos e melhorar a imagem da organização de serviços.

Tanto a localização das instalações como o layout das organizações prestadoras de serviços devem ser devidamente estudados e estrategicamente definidos, pois a negligência pode acarretar aumento de custos, queda de produtividade e insatisfação dos clientes (FITZSIMMONS, FITZSIMMONS, 2000).

Nas organizações de serviços de saúde, a categoria fábrica (instalações) é caracterizada como a instalação da organização de saúde, envolvendo também a localização, o *layout* e o tipo de serviço prestado. Serviços de saúde tem relativa limitação de localização, e o fator predominante é a proximidade dos usuários. Já o layout ideal para organizações de serviço de saúde é o de posição fixa, em que os materiais a serem utilizados na prestação do serviço são movimentados para a localização do usuário (SCHMENNER, 1999).

A capacidade de atendimento das organizações públicas de serviço de saúde é determinada pelo Ministério da Saúde, através da ordenação dos níveis de atenção à saúde e da distribuição das responsabilidades pelos atendimentos entre os municípios, estados e União (BRASIL, 2009a).

As instalações de saúde possuem regulamentação específica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Cabe à ANVISA avaliar e fiscalizar todas as organizações de saúde para garantir que as mesmas atendam as condições mínimas previstas nesta resolução.

Esta resolução regulamenta as instalações das organizações de saúde, sejam elas públicas ou privadas, orientando quanto ao projeto (construção, reforma, ampliação, recuperação), arquitetura, estrutura e fundações, instalações elétrica e eletrônica, hidráulica e sanitária, fluido-mecânica, de proteção contra acidentes (incêndio e descargas elétricas), climatização (BRASIL, 2002a).

Além da estrutura física, a RDC nº 50 também regulamenta as atividades e atribuições das diversas organizações de saúde, classificando-as em 8 categorias: atendimento em regime ambulatorial e de hospital-dia; atendimento imediato; atendimento em regime de internação; apoio ao diagnóstico e terapia; apoio técnico; ensino e pesquisa; apoio administrativo; apoio logístico (BRASIL, 2002a). As Unidades de Pronto Atendimento devem atender aos requisitos da categoria atendimento imediato. É importante salientar que até mesmo o

repassa de verbas está atrelado ao atendimento dos requisitos mínimos das instalações.

2.5.6 Investimentos

Schulz (2008) classifica a categoria investimentos como toda capitalização aplicada aos meios produtivos da organização. Estes investimentos podem ser aplicados em inovação, tecnologia, pessoas, enfim, a todos os recursos produtivos.

Silveira (2010) ressalta que o investimento em recursos humanos, tecnologia, equipamentos e qualidade produz resultados diretos no desempenho operacional. Entretanto, são necessários estudos eficazes no que se refere a quanto e onde investir.

No setor de saúde, os investimentos estão longe da real necessidade do usuário, devido à distribuição desigual desses recursos e serviços. Apesar de a lei nº 8.142/90 requerer a participação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências, a conscientização da importância desta participação ainda é ínfima. Lima e Lima (1998) ressaltam que a aplicação global de recursos nas organizações de saúde é vultosa e que os principais problemas estão relacionados à má alocação de recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários, problemas estes que podem ser resolvidos com melhoria de gestão.

Kuschnir, Chorny e Lira (2010) alertam que o investimento em saúde deve preocupar-se não apenas com prédios e equipamentos, mas também com recursos humanos, insumos, mecanismos gerenciais, manutenção e todos os recursos necessários para sua operacionalização. Investimentos em saúde geram novas demandas e pressões sobre os serviços já existentes. "Se não considerarmos esse aspecto básico desde a formulação do projeto, bem como as estratégias para que esses recursos possam ser garantidos ou viabilizados, continuaremos a construir prédios, mas não serviços de saúde e muito menos redes de serviços" (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010, p.76).

O artigo 198, parágrafo 2º da Constituição Federal assegura que "a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos" (BRASIL, 1988), ou seja, o orçamento público deverá contemplar percentuais mínimos de investimento em saúde.

Para regulamentar este artigo, a Emenda Constitucional nº 29/2000 estabelece que os Estados deverão disponibilizar obrigatoriamente para a saúde 12% de suas receitas e os Municípios 15%. O percentual da União é baseado na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). A aplicação destes recursos deve ocorrer por meio de Fundo de Saúde, acompanhado e fiscalizado pelos Conselhos de Saúde, que contam com a participação obrigatória dos usuários (BRASIL, 2000).

2.5.7 Organização e Cultura

Schulz (2008) caracteriza a categoria Organização e Cultura como o painel da identidade da empresa, constituída pelas imagens, histórias, rituais, conflitos, lideranças, atitudes, mitos e outras formas que informam os valores das organizações.

Rivera (1995), analisando a metáfora do jogo social para caracterizar as organizações, afirma que estas são reguladas sistematicamente por regras fáticas e legais que são acatadas por todos os atores envolvidos. Essas regras determinam a influência dos atores, ou seja, o poder que cada um exerce dentro da organização.

A formação de uma cultura organizacional envolve aspectos profundos como uma missão bem desenvolvida, consistentes estruturas organizacionais formais e informais, sistemas de remuneração/recompensa justos e aceitáveis, funções bem desenhadas, recursos disponíveis para o desempenho das funções, além de atenção aos objetivos pessoais importantes (MEZOMO, 1995).

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) afirmam que a cultura organizacional é um ponto decisivo para a competitividade, auxiliando a determinar o valor que os clientes atribuem ao serviço. Ao comunicar tanto para clientes internos quanto externos os valores da organização, a cultura guia os comportamentos e as decisões, cria um conjunto de valores compartilhados que irão refletir no clima organizacional e na prestação do serviço.

Motta (2001) ressalta que as organizações de saúde necessitam de culturas fortes, que valorizem o trabalho em equipe, incentivem a melhoria dos processos e, ao mesmo tempo, proclamem a necessidade de cooperação como forma de obter eficiência harmônica, ou seja, uma cultura de valores compartilhados. Esses valores são influenciados pelos níveis cinco de atenção: (a) promoção da saúde; (b) proteção específica;

(c) diagnóstico e tratamento precoce; (d) limitação do dano; (e) reabilitação. Cada nível de atenção requer ações específicas, padrões de comportamento e a criação de valores capazes de facilitar a atuação no processo saúde-doença (PEREIRA, 1995).

A organização deve atentar-se a alguns aspectos do ambiente interno que podem influenciar o desempenho dos serviços prestados, entre eles, os relacionados ao ambiente de trabalho, relações interpessoais, inter profissionais, capacitação, composição da equipe, e, de modo especial, o conhecimento e a discussão de valores e a missão do serviço de saúde pela equipe de profissionais (MOTTA, 2001).

2.5.8 Planejamento da Produção

Planejar é muito mais do que alguns dos seus aspectos operacionais de elaborar planos, definir normas, calcular recursos etc. Um conceito resumido de planejamento pode afirmar que planejar é partir de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser que permite definir caminhos para seguir e alcançar objetivos. Um bom plano "deve ser factível tecnicamente e viável politicamente, sob o risco de ser transformado apenas em um exercício para quem o planeja" (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010).

Alertando que o planejamento da produção não deve ser ignorado como vantagem competitiva, Erdmann (2007) apresenta-o como o conjunto de procedimentos nos quais o gerenciamento da produção se apoia para definir seus parâmetros, preparar e organizar as informações que irão permitir a programação e o controle da produção.

Rivera e Artmann (1999) situam o planejamento como ferramenta organizacional, parte de um amplo processo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação, mediadas/subordinadas à cultura da organização.

Em relação ao planejamento é necessário observar algumas diferenças importantes entre a produção industrial e os serviços (STEVENSON, 2001, p. 411-412): (a) os serviços ocorrem quando são fornecidos; (b) a demanda de serviços pode ser de difícil previsão; (c) a capacidade disponível pode ser de previsão difícil; (d) no setor de serviços a flexibilidade da mão-de-obra pode constituir uma vantagem.

O planejamento no setor de saúde configura-se como um mecanismo de gestão de grande relevância ao conferir direcionalidade aos serviços de saúde e, particularmente, à consolidação do SUS e suas

diretrizes (BRASIL, 2009b). Considera-se que o planejamento em saúde desenvolveu-se a partir de dois grandes momentos: o momento normativo (método CENDES-OPAS) e o momento atual que se iniciou na década de 1970, do planejamento estratégico (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010).

"Na formulação do planejamento normativo, o planejador era um agente externo ao sistema, não existiam 'outros', assim como não existiam conflitos. O enfoque estratégico, no entanto, pressupõe que o planejador é um ator social, ou seja, é parte de um 'jogo' no qual existem outros atores, com interesse e força distintos. Uma consequência desta primeira admissão é que não existe apenas um diagnóstico de quais são os problemas nem apenas uma explicação acerca de suas causas" (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010, p. 97).

Nas organizações de saúde a cultura do planejamento ainda está em desenvolvimento. Em 2004 elaborou-se o Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007, discutido por estados e municípios, o que difundiu a necessidade do planejamento do SUS. Os esforços em torno do planejamento têm contribuído para o "aperfeiçoamento permanente da gestão e, portanto, para a qualidade de vida das pessoas, mediante a prestação de ações e serviços de saúde oportunos, resolutivos e humanizados" (BRASIL, 2009b, p. 7).

Ao realizar o planejamento das organizações de saúde é imprescindível lembrar que o objetivo deste planejamento é a saúde, e que seu propósito é contribuir para uma melhoria do nível de saúde populacional tanto quanto seja possível (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010). Uma característica que deve ser considerada no planejamento dos serviços de saúde, de modo especial, é a característica da imprevisibilidade da demanda. Frequentemente os usuários das unidades de saúde necessitam de serviços imediatos, o que aumenta a importância das previsões da demanda e, consequentemente, deve-se dar atenção cuidadosa ao nível de planejamento da capacidade (STEVENSON, 2001).

Para planejar a demanda de maneira mais precisa, o Ministério da Saúde decretou a Portaria 1.101/2001 que estabelece os parâmetros assistenciais de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes parâmetros destinam-se a orientar os gestores na análise da necessidade da oferta de serviços de saúde à população, bem como auxiliar na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados pelo SUS (BRASIL, 2002b).

Estes parâmetros, estabelecidos através dos parâmetros assistenciais internacionalmente reconhecidos, das estatísticas de atendimento prestado pelo SUS nos últimos 3 anos e de estudos realizados com várias instituições de saúde do país, dividem-se em (a) parâmetros de cobertura: destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em determinado período, previamente estabelecidos, e (b) parâmetros de produtividade: aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos humanos, materiais e/ou físicos (BRASIL, 2002b).

Este planejamento de cobertura das necessidades de saúde da população só é confiável se os registros de informações forem devidamente preenchidos, já que a construção dos parâmetros leva em consideração não só a população a ser atendida, mas as estatísticas dos procedimentos ou atos profissionais registrados nos sistemas de informações por médicos e enfermeiros. Caso estas informações estejam incompletas ou ausentes, o planejamento de cobertura assistencial não atenderá a demanda.

2.5.9 Programação da Produção

Erdmann (2007, p.105) aponta a programação da produção como o "ato de estabelecer antecipadamente as atividades da produção", fundamentado em princípios e operacionalizados por diferentes técnicas. Partindo dos dados estabelecidos no planejamento, a programação caracteriza (projeta) o produto, roteiriza a produção (projeto do processo) e orienta quanto às quantidades a serem produzidas. Para isso é necessário conhecer a capacidade produtiva do sistema.

Kuschnir, Chorny e Lira (2010) consideram a programação como o momento tático do planejamento, ou o planejamento de curto prazo. Este tem horizonte temporal mais estreito e tem como objetivo determinar o conjunto de ações que permitirão concretizar os objetivos ou criar as condições necessárias para que os objetivos estabelecidos no planejamento sejam viáveis no futuro. "O objetivo principal da programação é o de determinar as ações que possam maximizar o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos" (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010, p. 104).

Moreira (2006) afirma que a programação da produção envolve a alocação de cargas e o sequenciamento das tarefas. Seus objetivos são a garantia da qualidade especificada, a redução de estoques e custos

operacionais, além da manutenção e melhoria do nível de atendimento ao cliente. Kuschnir, Chorny e Lira (2010) ressaltam que a programação trabalha com maior grau de detalhamento, desta forma, orientando a implementação.

Para determinar a melhor maneira de proceder a programação da produção há que se analisar o ambiente em que a organização está inserida. Frequentemente utiliza-se uma combinação de técnicas com ponderações que privilegiarão algumas características mais apropriadas (ERDMANN, 2007).

Gaither e Frazier (2001) ressaltam que a programação de serviços é desafiadora porque a demanda tem variações muito grandes em curtos espaços de tempo. Na maioria dos serviços a programação está intimamente ligada à força de trabalho, o que torna a programação difícil para os gestores, já que se for programado um número elevado de colaboradores o custo eleva, e se o número for insuficiente o cliente sofre com a má qualidade no atendimento.

Uma saída é tentar trabalhar a demanda, o que nem sempre é possível. Incentivos para horários fora de pico (*off-peak*), agendamentos, horários fixos entre outras são testadas, mas todas tem sucesso parcial – a uniformidade da demanda em serviços é praticamente impossível, o que obriga a programação da produção a trabalhar com uma demanda não uniforme (GAITHER, FRAZIER, 2001).

Pereira (1995) identifica seis tipos de demanda nos serviços de saúde: (a) demanda em potencial: é a necessidade de saúde, ou seja, a real situação e a situação ideal de saúde; (b) demanda reprimida, reconhecida pelo paciente mas que não se transforma em na busca pelo serviço; (c) demanda derivada, a parte das necessidades sentidas voltada para o sistema informal de atendimento; (d) demanda induzida, aquela gerada pelos profissionais de saúde, como medidas de prevenção; (e) demanda não satisfeita, quando o paciente busca o atendimento mas o mesmo não é materializado, caracterizado pelas filas de atendimento; (f) demanda satisfeita, ou o efetivo atendimento realizado pelas organizações de saúde.

Os serviços de saúde tem utilizado com frequência o agendamento para tentar controlar a demanda, quando possível – especialmente em atendimentos não emergenciais. O exemplo de programação de produção mais utilizado por serviços de saúde de emergência são os turnos de 24 horas, em que uma equipe inteira é programada para estar à disposição para atendimentos de emergência. Em períodos de baixa demanda, as equipes executam trabalhos que não são de emergência (GAITHER, FRAZIER, 2001).

As organizações de saúde normalmente trabalham com o pronto atendimento da demanda, fator não vinculado a nenhuma técnica de produção específica. Neste caso, trata-se de um princípio de qualidade que deve ser buscado através de fatores determinantes da capacidade de reagir com rapidez e agilidade, seja uma capacidade excessiva, estoques, multifuncionalidade da equipe ou flexibilidade de atendimento (ERDMANN, 2007).

Como forma de organizar a rede de serviços de saúde, o Ministério da Saúde, através da Portaria 1.097/2006 definiu a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde como um processo de programação em que se definem e quantificam as ações de saúde para a população, como forma de organizar a rede de serviços e os fluxos assistenciais (BRASIL, 2006).

Esta portaria estabelece o processo de programação, seus objetivos, pressupostos, eixos orientadores e produtos. A partir dos eixos orientadores, elaborou-se uma metodologia própria para o processo de programação dos serviços de saúde nos estados e municípios. Atualmente, um sistema informatizado para a programação, denominado SISPPi, está sendo desenvolvido como ferramenta de apoio para esta programação (BRASIL, 2011b).

2.5.10 Qualidade

O boom da qualidade deu-se na década de 1970 com o renascimento da indústria japonesa, que passou a utilizar a qualidade como arma para a vantagem competitiva (MARTINS, LAUGENI, 2006). Para Stevenson (2001) o sentido amplo da qualidade consiste na capacidade que determinado bem ou serviço tem de atender, ou mesmo superar, as expectativas do cliente, de maneira consistente.

Muitos são os conceitos de qualidade. Mezomo (1995) realiza um apanhado dos conceitos atribuídos aos principais "gurus" da qualidade, afirmando que há certa convergência entre todas elas ao revelarem a importância da satisfação do usuário. Para Crosby, qualidade significa conformidade com os recursos. Para ele o padrão é fazer a coisa certa na primeira vez, melhorando nas seguintes. Para Juran, qualidade é adequação ao uso, considerando tanto a confiabilidade do produto como sua adequação às necessidades do usuário. Para Deming, qualidade o fundamento da melhoria contínua e permanente é a redução nas variações. Para Deming, limitar a qualidade à conformidade inibe a

inovação, a melhoria do processo e da própria administração da organização.

O fato de existirem diversas definições para qualidade, com diferentes focos, a torna atributo complexo de um produto. Martins e Laugení (2006, p. 499) afirmam que a qualidade de um produto deve contemplar oito elementos: (a) características operacionais principais; (b) características operacionais adicionais; (c) confiabilidade; (d) conformidade; (e) durabilidade; (f) assistência técnica; (g) estética; (h) qualidade percebida.

Slack et al (1999, p. 59) afirmam que qualidade é "fazer certo as coisas". Exemplifica que, em um hospital, a qualidade pode significar a segurança de o usuário obter o tratamento mais apropriado, receber medicação adequada, ser bem informados sobre seu estado de saúde e tratamento, participar da escolha na hipótese de haver tratamentos alternativos, mas a qualidade também deve incluir aspectos como limpeza, higiene hospitalar e funcionários bem informados e corteses com os pacientes.

Mezomo (1995, p. 73) define qualidade como "um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes".

Donabedian, considerado o grande mestre da qualidade em saúde, define qualidade como a propriedade de obter os maiores benefícios com os menores riscos para o usuário, realizando-se o alcançável, considerando os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Esta propriedade pode ser obtida em diversos níveis (DONABEDIAN, 1993).

Amplia o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de "sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

1. EFICÁCIA – é a capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

2. EFETIVIDADE – trata-se da melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

3. EFICIÊNCIA – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

4. OTIMIZAÇÃO – torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.

5. ACEITABILIDADE – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

6. LEGITIMIDADE – trata-se da aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

7. EQUIDADE – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Melhorar processos em organizações de saúde é um grande desafio no Brasil, onde existem mais de cinco mil hospitais, vinte mil clínicas médicas, dezenas de milhares de postos de saúde e aproximadamente vinte e cinco mil equipes do programa de saúde da família. Disseminar informação e discutir a melhoria da qualidade não garante esta melhora, mas parece desencadear esforços e cooperação no sentido da resolução de problemas e da obtenção de melhores resultados (MALIK, 1996a; LIMA, 2000; LIMA, 2005).

Os fatores relacionados com os clientes usuários incluem percepção de doença ou da probabilidade de sua ocorrência, grau de comprometimento da saúde ou necessidade de tratamento, grau de mobilidade, grau de limitação crônica da atividade, incapacidade e facilidade de diagnóstico. Os fatores demográficos e psicológicos também afetam a procura e o uso das organizações de saúde (HELLMAN, 1994).

Malik (1996b) ressalta que, frequentemente, as pessoas acreditam que o pensamento positivo e a autoajuda são suficientes para garantir a qualidade na assistência à saúde. Dirigentes de organizações de saúde sinalizam com poucas oportunidades de melhoria dos serviços sob sua responsabilidade, diferente da percepção prevalente entre os usuários, financiadores e boa parte dos profissionais. Entretanto, afirma que a qualidade nos serviços de saúde deve ser tratada com prioridade por

todos, a fim de garantir as condições mínimas para a população e os profissionais de saúde.

2.5.11 Saúde e Segurança

Trata-se do conjunto de ações organizacionais com objetivo de propiciar condições plenas de desenvolvimento humano no trabalho. Envolve melhoria e inovação gerencial, tecnológica e estrutural dentro e fora do ambiente de trabalho, e sua ausência reduz a produtividade e a qualidade do processo produtivo (SCHULZ, 2008). Esta categoria engloba aspectos relacionados à qualidade de vida no trabalho e saúde ocupacional (SILVEIRA, 2010).

Normas na gestão de saúde e segurança, além de reduzir fatores de risco como acidentes, gera eficácia organizacional, aumenta a fidelidade dos empregados, melhora o clima organizacional, a capacitação e a educação dos empregados, e pode ser um fator chave para atrair profissionais mais qualificados, além de tornar-se um instrumento de imagem corporativa. Em alguns países da Europa é indispensável demonstrar um sistema de gestão de saúde para ganhar uma concorrência (BERNARDINI, 2008).

Stellman (1998) aponta os problemas de saúde e absenteísmo como responsáveis pelo aumento dos custos organizacionais, e as organizações já reconhecem esse fato, procurando programas de promoção da saúde de seus trabalhadores. A visão do que seja saúde do trabalhador tem sido ampliada no conceito Qualidade de Vida do Trabalhador (QVT). Nahas et al (2009) aponta a mudança no tipo de trabalho, o desgaste mais mental do que físico como os responsáveis pela preocupação com o bem-estar do trabalhador no trabalho. Propõe que a saúde do trabalhador seja avaliada e melhorada levando em conta aspectos físicos do ambiente, aspectos sociais, o desenvolvimento e a realização profissional, a remuneração e os benefícios, além da relevância social do trabalho.

O próprio conceito de organização remonta à necessidade das pessoas para atingir objetivos. Moreira (2006) reafirma a importância de trabalhadores motivados, entrosados com os objetivos da organização e preocupados com a produtividade para a manutenção da competitividade. A qualidade de vida no trabalho tem emergido como uma das preocupações dos gestores no que tange à produtividade.

Gil (2006) afirma que os programas de qualidade de vida no trabalho, cujo alvo principal são os colaboradores, melhoram a eficácia organizacional ao proporcionar aos funcionários condições adequadas de trabalho e satisfação individual, permitindo a conciliação dos objetivos dos indivíduos com os objetivos da organização. Os programas de qualidade de vida no trabalho envolvem a resolução participativa dos problemas, a reestruturação do trabalho, inovações no sistema de recompensas, melhoria do meio ambiente do trabalho, entre outras ações.

Ao criar ações que tornem a organização mais humanizada, mais participativa, que proporciona aos seus colaboradores responsabilidade, autonomia e *feedback* adequado, preocupada com o desenvolvimento pessoal do indivíduo, os programas de qualidade de vida no trabalho constituem uma das mais eficazes formas de obter o comprometimento das pessoas com os resultados organizacionais (GIL, 2006).

Nas organizações de saúde, os trabalhadores "são a estrutura e a organização, compondo com o seu trabalho, os serviços" (MOTTA, 2001, p. 32). Os profissionais de saúde são os grandes responsáveis pelo serviço prestado, daí a necessidade de desenvolvê-los. Motta (2001) ressalta a importância da participação dos profissionais na criação de um ambiente cooperativo e interativo, em que compartilhem valores e objetivos comuns.

Além de desenvolver os profissionais de saúde é necessário atentar-se para as condições de qualidade de vida no trabalho propostas por Nahas et al (2009). Melhorar as condições dos ambientes de trabalho, proporcionar oportunidades de crescimento e motivação para o trabalho, remunerar adequadamente e oferecer benefícios financeiros e de saúde, além de melhorar a imagem das organizações de saúde perante a sociedade são ações que além de melhorar o bem-estar do trabalhador irão proporcionar uma prática de excelência.

Com o objetivo de atender às condições de saúde e segurança do trabalhador da saúde, em 2003 o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, em que as relações de trabalho são concebidas pela ideia de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. "Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local" (BRASIL, 2011c).

Esta política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a manutenção sadia do profissional de saúde, tais como planos de carreira, vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão e

negociação das relações e condições de trabalho, capacitação e educação permanente dos trabalhadores, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros. Um dos programas criados pela Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde foi o de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) como forma de melhorar a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011c).

2.5.12 Tecnologia

O avanço tecnológico proporcionou às organizações inúmeras facilidades. Atualmente, todas as operações utilizam algum tipo de tecnologia, seja um processador de texto ou um equipamento que facilitou ou automatizou algum processo (SLACK et al, 1999). Equipamentos e tecnologia oferecem vantagens competitivas ao aliar-se à qualidade e melhorar o desempenho operacional (SCHULZ, 2008).

A tecnologia está aliada à gestão das informações. A tecnologia da informação é a base para a economia atual, baseada em serviços, tendo extrema importância para a competitividade das organizações de serviços, seja na criação de barreiras à entrada dos concorrentes, na geração de vantagens pelo uso do banco de dados, na geração de renda e na intensificação da produtividade (FITZSIMMONS, FITZSIMMONS, 2000).

Atualmente os sistemas de informação são uma ferramenta que proporciona inestimável valor no aumento da eficiência de qualquer organização. Entretanto, é necessário cuidado na implantação desses sistemas que, utilizados de forma inadequada, transformam-se em mais um problema a ser resolvido (SANTOS et al, 2007).

A produção, disseminação e uso das informações tem se mostrado relevante para as organizações de saúde, contribuindo nos processos de aprendizagem e tomada de decisões. A informação tem o poder de articular o trabalho dos produtores diretos dos cuidados da saúde com o dos gerentes e operadores da administração, transformando-o em um projeto comum. "Na organização do trabalho em equipe, a melhor informação é aquela que recobre a maior diversidade profissional e operacional, para além das informações de controle da produtividade" (LIMA, MARTINS, IMANIME, 2008, p. 8).

Nas organizações de saúde, a informação compartilhada é de extrema importância no processo produtivo. É através das informações que os profissionais de saúde podem direcionar os melhores tratamentos

e propiciar um atendimento de qualidade. No processo de disseminar as informações, a tecnologia de informação surge como um facilitador. Sendo as informações os meios para resolução de problemas (LIMA, MARTINS, IMANIME, 2008), os sistemas integrados de informação possibilitam rapidez e completude de informações sobre os usuários.

Lima, Martins e Imanime (2008) alertam ainda para as lacunas na produção de informações nas organizações de saúde: a desqualificação das informações administrativas e a desmotivação dos profissionais em registrar as informações dos procedimentos. A primeira lacuna advém do fato de os profissionais de saúde considerarem as informações administrativas como tarefas mecânicas e sem sentido. A segunda lacuna reduz o registro a breves referências médicas, em que informações relevantes não são registradas por não serem assim consideradas.

Além destas lacunas, há a resistência de muitos profissionais em utilizar novas tecnologias. Corrêa e Gianesi (1994) citam três aspectos que devem ser considerados na tomada de decisão de investimento em tecnologia nas organizações prestadoras de serviços: adequação da tecnologia a estratégia da empresa; viabilidade de implantação e os riscos associados à tecnologia. A tecnologia deverá trazer diferencial competitivo real, bem como a preferência dos clientes, especialmente se ele tiver contato direto com a nova tecnologia.

Santos et al (2007) afirmam que o uso de sistemas e tecnologia de informação nas organizações de saúde ainda não tem o mesmo ritmo das organizações com foco no lucro, seja pela falta de investimentos, seja pela resistência às inovações tecnológicas. Entretanto, ressaltam a importância do desenvolvimento tecnológico e de informação para que os profissionais de saúde, e os próprios usuários, tenham informações de forma organizada e de fácil acesso, e assim, melhorem o serviço de saúde oferecido. Cabe ressaltar a advertência que Dal Poz, Varella e Pierantoni (1998) fazem a respeito da incorporação tecnológica na saúde: para eles esta incorporação não produz economia de força de trabalho – ao contrário, passa a demandar novas ocupações.

2.5.13 Tempo de Ciclo

Tempo de ciclo é o tempo total necessário para a conclusão de todo o processo produtivo. Gaither e Frazier (2001) indicam que o Tempo de Ciclo inicia com o pedido do cliente usuário e termina com a

entrega do produto solicitado. Para este processo há uma sequência de etapas com características cíclicas, que devem ser realizadas de maneira rápida, reduzindo o Tempo de Ciclo.

Slack et al (1999) colocam o Tempo de Ciclo como critério de vantagem competitiva para a organização, pois, ao reduzir o tempo entre o consumidor solicitar o produto e recebê-los, atinge-se o objetivo rapidez, um dos cinco objetivos de desempenho do setor produtivo. Entretanto, esta redução não pode acarretar em prejuízo em outros objetivos de desempenho, como redução de qualidade e confiabilidade, ou aumento excessivo de custos.

Silveira (2010) divide o Tempo de Ciclo em interno e externo, sendo o tempo de ciclo interno aquele relacionado aos processos que dependem exclusivamente da organização, e o tempo de ciclo externo aquele relacionado aos processos dependentes de relações da organização com o ambiente, tais como as relações com clientes e fornecedores. A soma dos tempos de ciclo interno e externo resulta no Tempo de Ciclo Total.

Para Schmenner (1999) as pessoas não gostam de esperar, e a espera influencia negativamente o relacionamento com o cliente. Afirmar que, quando os clientes usuários necessitarem esperar, deve-se fazer de tudo para encurtar ao máximo a percepção do tempo de espera, desde redimensionar a capacidade de atendimento até utilizar truques para desviar a mente das pessoas. Especialmente nos serviços de saúde, esses "truques" devem ser muito bem estudados, para que não surtam efeito contrário.

O Tempo de Ciclo requer harmonia entre os subsistemas envolvidos. Em organizações de saúde esta harmonia é prejudicada pelo fato de os componentes do sistema de saúde serem heterogêneos e atuarem em ambientes diferenciados, com funções e usuários diversos, expectativas e demandas de serviços variáveis e diferentes (MOTTA, 2001).

Em organizações de serviço o grande problema é a incerteza na demanda. Três características quando combinadas, ocasionam a enorme variedade dos problemas de espera: (1) processo de chegada; (2) disciplina da fila; (3) processo de serviço. Baseado na descrição destas características (SCHMENNER, 1999), pode-se fazer a seguinte analogia dessas características aos serviços de saúde:

(1) O processo de chegada das pessoas é espontâneo (BRASIL, 2010c). As pessoas chegam isoladamente, e a quantidade de pessoas em espera não inibe a chegada de outros usuários.

(2) Com relação à disciplina das filas, ou seja, a ordem em que as chegadas são atendidas, as pessoas recebem uma senha, e, em sua maioria, são atendidas na sequência de chegada (processo de acolhimento com classificação de risco).

(3) O processo de serviço atende aos critérios da classificação de risco determinada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), e o tempo de atendimento varia de um usuário para outro, dependendo da gravidade de cada caso.

A necessidade pelos serviços de saúde “pode ser concebida como qualquer distúrbio da saúde e do bem-estar, tanto do ponto de vista do paciente como do profissional, que possa acarretar demanda ao sistema de saúde. Essa demanda pode ser de prevenção, cura ou reabilitação. Ela será atendida ou não, remediada ou não, dependendo das circunstâncias” (PEREIRA, 1995, p. 523). Nas organizações de saúde a demanda é gerada pela percepção de um problema de saúde. Essa necessidade pode ser percebida ou não pelo indivíduo e sua família. Esta percepção frequentemente difere da necessidade definida pelos profissionais de saúde, motivo de grandes conflitos entre pacientes e profissionais. Um dos conflitos gerados pelas necessidades percebidas e não percebidas é o tempo de atendimento do profissional ao paciente.

Como os usuários chegam aos serviços de saúde geralmente em situações críticas, a percepção da espera torna-se sempre maior, razão pela qual o Tempo de Ciclo deve ser cuidadosamente estudado. O atual Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em seu discurso de posse, afirmou que o tempo no atendimento será uma das prioridades de sua gestão: “Tenho como Ministro da Saúde uma obsessão: colocar no centro do planejamento das ações em Saúde neste País um esforço de perseguir a garantia do acolhimento de qualidade em tempo adequado às necessidades das pessoas”. Para ele, o Tempo de Ciclo é um dos principais problemas da Saúde no país, devendo ser cuidadosamente planejado e controlado (BRASIL, 2011a).

2.6 COMPETITIVIDADE E ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As organizações devem ser visualizadas como um conjunto de partes que interagem constantemente em busca de um objetivo e em relação de interdependência com o ambiente externo. Ao adotar o enfoque sistêmico visualiza-se a organização como um macrossistema

aberto, em interação constante com o ambiente, permitindo uma visão macroscópica da organização, "ponto de partida para a criação e gestão de negócios que correspondam eficientemente à nova realidade de concorrência acirrada e de expectativas em mutação dos clientes" (TACHIZAWA, CRUZ JÚNIOR, ROCHA, 2006, p. 43).

Organizações são sistemas direcionados para objetivos comuns. Para Agostinho (2003), em quaisquer perspectivas, a principal tarefa do administrador é determinar o rumo para o sistema, através de ações diretivas, de acordo com o interesse dos indivíduos que ele representa. Entretanto, devido ao grande número de relações existentes nas organizações, torna-se impossível saber os resultados de todas as interações e combinações possíveis, o que dificulta, e até impossibilita, um planejamento e controle totais.

O novo ambiente das organizações se caracterizará por ser cada vez menos previsível e cada vez mais instável, o que exige que as organizações sejam mais abertas e flexíveis. Esse novo ambiente organizacional exige que os gestores tenham maiores responsabilidades em relação aos membros do corpo funcional da organização. Também precisam adotar novos modelos de gestão, baseados cada vez mais no trabalho em equipe, no intercâmbio de informações, no compartilhamento no processo decisório e em outras práticas de administração que leve em conta o fato de que produtividade, qualidade e serviço ao cliente usuário serão necessidades competitivas e não mais vantagens competitivas (TACHIZAWA, CRUZ JÚNIOR, ROCHA, 2006).

Sabe-se que as organizações estão inseridas em ambientes cada vez mais competitivos. E a competitividade das organizações tem se baseado na diferenciação dos serviços, não só nas organizações específicas de serviços, mas também nas organizações industriais, o que tem criado o deslocamento de recursos em direção a atividades prestadoras de serviço (SILVA, 2006).

Entenda-se por competitividade não a briga entre organizações, mas o fato de ser competitivo, ou seja, possuir características que permitam a obtenção de bons resultados face à concorrência. Neste caso, as organizações concorrentes servem de parâmetro para qualificar os resultados organizacionais. "A competitividade é um fator importante para se determinar se uma empresa irá prosperar, se mal conseguirá funcionar ou se irá à falência" (STEVENSON, 2001, p. 29).

O termo competitividade, apesar de estranho ao setor de saúde, é extremamente pertinente. Assuntos relacionados à segurança, regulação de saúde, responsabilidade social, inovação, ensino e pesquisa, entre

outros, não são exclusividade de organizações industriais. Igualmente no setor de saúde, estes temas precisam ser debatidos e trabalhados para que os serviços de saúde sejam competitivos (MALIK, 2009). Entenda-se por competitividade em saúde a prestação de um serviço de qualidade, capaz de atender as necessidades dos usuários com eliminação de desperdícios e aumento da eficiência dos profissionais.

Motta (2001) afirma que o setor de saúde é ineficiente em seus serviços. A competitividade do setor está em "conseguir maior adequação da oferta de serviços às necessidades da população, com um funcionamento eficaz e eficiente e uma qualidade competitiva no mercado de serviços atual e futuro" (MOTTA, 2001, p. 26).

Os serviços de saúde precisam ser eficiente macro e microeconomicamente. Macroeconomicamente significa ter um bom controle de custos e gastos, e microeconomicamente significa obter a satisfação dos usuários e a minimização dos custos. Especialmente em organizações públicas de saúde, deve-se utilizar os recursos públicos de maneira consciente, maximizando os resultados com recursos fixos ou minimizando os recursos com resultados pré-determinados (CESCONETTO, LAPA, CALVO, 2008).

O aumento da exigência dos consumidores, o crescimento da concorrência e da dinâmica ambiental em que as organizações estão inseridas tornou o ambiente mais complexo, o que passou a requerer das organizações uma busca constante por fatores que contribuam para o incremento da vantagem competitiva frente à concorrência (PIANA, 2009).

Após pesquisa em livros e periódicos nacionais, esses elementos foram catalogados e agrupados em 14 fatores geradores de competitividade, que foram divididos em fatores de prática e fatores de resultado. São considerados fatores de prática aqueles que configuram os meios para o alcance dos resultados: produção enxuta, informação, tecnologia, responsabilidade ecológica, treinamento, relacionamento com clientes, integração, *benchmarking* e inovação. São considerados fatores de resultado aqueles capazes de proporcionar competitividade de forma direta à organização: confiabilidade, custo, flexibilidade, qualidade e rapidez (PIANA, 2009).

Fatores	Fatores relacionados	Descrição
Produção enxuta	Gestão eficiente, tempo de <i>setup</i> , troca rápida de ferramentas, eficiência dos equipamentos, melhoria contínua, programação puxada, definição de valor, geração de fluxo e cadeia de valor.	Esta técnica visa à redução de desperdícios, aumento de produtividade e flexibilidade produtiva.
Informação	Ambiente informacional, conhecimento, arquitetura da informação, tecnologia da informação, comunicação, internet, estratégia, orientação estratégica, planejamento estratégico de recursos humanos e gestão do conhecimento.	Atualmente considerada um recurso relevante para as organizações, facilitada pela tecnologia de informação e comunicação.
Tecnologia	Adaptação a novas tecnologias, inovação tecnológica, tecnologia da informação, modernização de máquinas e métodos, liderança tecnológica, modernização e gestão tecnológica.	Facilita os processos produtos e permite que a organização esteja em conformidade com as expectativas dos clientes e mantenha vantagem competitiva.
Responsabilidade Ecológica	Produção mais limpa, desenvolvimento sustentável, gestão ambiental, eficiência no tratamento de resíduos, riscos socioambientais, tecnologias mais limpas, produtos e processos ecologicamente corretos.	Medidas ambientalmente responsáveis, seja por imposição da lei ou por preocupação com o meio ambiente, pode melhorar o desempenho da produtividade.
Treinamento	Habilidades e experiência do trabalhador, qualidade de vida, ergonomia, atitude gerencial, relações de trabalho, estrutura interna, capital humano, educação e atitude gerencial.	Os objetivos organizacionais são alcançados através das pessoas, que precisam ser valorizadas e estimuladas.

Fatores	Fatores relacionados	Descrição
Relacionamento com Cliente	Satisfação do cliente, satisfação do consumidor, necessidades do cliente, conduta social, consumo dos clientes, segmentação de mercado, orientação para o mercado, diferenciação de foco, serviço e atendimento.	Toda organização existe para satisfazer seus consumidores, internos e externos, e isto se reflete no relacionamento que estabelece com eles.
Integração	Relação com fornecedores, internacionalização, redes inter-organizacionais, redes e eficiência coletiva.	Trata-se dos relacionamentos com empresas concorrentes, distribuidores e fornecedores com o objetivo de aumentar a competitividade.
Benchmarking	Gestão por indicadores de desempenho, medição de desempenho e gerenciamento de custos.	A comparação com outras empresas possibilita uma avaliação de desempenho e a percepção de novas e melhores práticas.
Inovação	Atitudes inovadoras, pesquisa e desenvolvimento, inovação tecnológica, diferenciação de produtos e novos produtos.	Conceito ligado às mudanças no cenário mundial, que possibilitam a manutenção da competitividade.
Confiabilidade	Relações com fornecedores e eficiência dos equipamentos.	O relacionamento com fornecedores e a eficiência dos equipamentos proporcionam à organização atender prazos de entrega, controlar e monitorar os recursos e as atividades organizacionais.
Custo	Custos da qualidade, custo/preço, gerenciamento de custos e preço.	Boa parte das ações organizacionais visa à redução de custos para melhorar seus resultados.

Fatores	Fatores relacionados	Descrição
Flexibilidade	Troca rápida de ferramentas, eficiência dos equipamentos.	Trata-se da capacidade rápida de resposta da organização às mudanças ambientais.
Qualidade	Qualidade dos produtos, melhoria contínua, aperfeiçoamento contínuo.	Significa atender as expectativas dos clientes e os objetivos da organização, visando à redução de erros e imperfeições nos produtos e processos.
Rapidez	Tempo de <i>setup</i> , entrega e tempo.	Produzir no menor tempo possível, especialmente menor do que o concorrente, reduz custos e melhora o desempenho.

Quadro 3: Agrupamento de fatores - 2009

Fonte: Adaptado de Piana, J.

O conhecimento destes fatores propicia que as organizações elaborem ações para melhorar seu desempenho e aumentar a competitividade. A relação entre estes fatores e as categorias de análise é a base para o instrumento de avaliação organizacional proposto neste trabalho.

3. MÉTODO

A proposta desta pesquisa inclui as seguintes etapas: pesquisa bibliográfica, trabalho de campo, organização e análise de dados, produção e apresentação de relatório de pesquisa.

3.1 REVISÃO DE LITERATURA

Esta etapa da pesquisa foi realizada em diversas publicações nas áreas de Administração, Ciências da Informação e Saúde, visando um levantamento de cada item para melhor compreensão e fundamentação da metodologia a ser elaborada.

Inicialmente, realizou-se uma busca de periódicos no Portal da Capes para levantar o que os diversos autores consideram como fatores que levam à competitividade das organizações de saúde. As palavras-chave utilizadas foram “*operational performance health organization*”, “*efficiency health organization*”, “*effective health organization*”. Com estas palavras a pesquisa não obteve retorno. A palavra-chave “*productivity health organization*” também foi utilizada, mas os artigos encontrados retratavam como a saúde nas empresas melhora o desempenho dos funcionários, como o acompanhamento da saúde dos funcionários aumenta a produtividade da empresa etc., o que, para efeitos desta pesquisa, não foi considerado importante. Outros fatores encontrados retratavam fatores competitivos em organizações de saúde principalmente a qualidade – qualidade total, qualidade na prestação de serviços – e o controle de custos.

Optou-se, então, por utilizar os artigos já encontrados em pesquisas anteriores pelos pesquisadores do NIEPC, realizado sem direcionamento específico para as organizações de saúde, mas que resultou em vários artigos com fatores relacionados. Para efeitos desta pesquisa considerou-se os fatores competitivos das organizações encontrados, que foram agrupados em 14 fatores-chave de competitividade. Os chamados fatores de competitividade foram divididos em (a) fatores de prática: produção enxuta, informação, tecnologia, responsabilidade ecológica, treinamento, relacionamento com clientes, integração, *benchmarking* e inovação; e (b) fatores de resultado: confiabilidade, custo, flexibilidade, qualidade e rapidez, sendo os fatores de prática aqueles considerados como meios de alcance

de resultados e os fatores de resultado aqueles que atuam sobre a competitividade de forma direta.

Estes fatores compõem as assertivas. Os fatores de resultado são confrontados com as 13 categorias de análise, enquanto os fatores de prática estão embutidos e conferem sentido às assertivas, resultando em pivôs dos projetos que resultam da aplicação da metodologia. Assim, espera-se que as idéias geradas sejam agrupadas em torno dos fatores de prática, visando compor e dar densidade a estes projetos.

Além da definição destes fatores de competitividade, observou-se os temas pertinentes a esta pesquisa, sendo eles: (1) administração e o estudo das organizações; (2) organizações como redução da complexidade; (3) a melhoria dos processos em organizações; (4) complexidade e discurso nas organizações de cuidados de saúde; (5) competitividade nas organizações de saúde; (6) o uso das ferramentas da qualidade e a racionalização discursiva dos processos.

3.2 TRABALHO DE CAMPO

3.2.1 O Instrumento

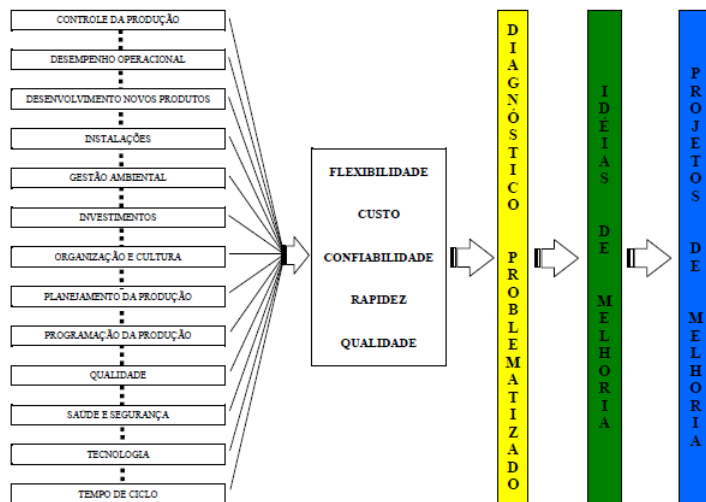


Figura 2 – Esquema da ferramenta - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

A relação entre as categorias de análise e os fatores de resultado origina assertivas que compõem quadros de diagnóstico. Essas assertivas devem ser respondidas em escala *Likert* de 1 a 5 – sendo 1 para o pior cenário e 5 para o melhor cenário – pelos integrantes da organização analisada.

A relação é dada pela nota que cada assertiva recebe, sendo classificadas em relações fortes e fracas. Dois cenários, um péssimo e outro ótimo, são elaborados para explicar cada assertiva. Nestes cenários são contemplados os fatores de prática que geram os resultados esperados. Além dos cenários, há para cada assertiva um campo para ‘ideias de melhoria’ que os respondentes devem preencher com suas contribuições.

O intuito das assertivas é fomentar a participação dos colaboradores na avaliação das situações, despertando neles a criatividade e a exteriorização de ideias de melhoria, caso percebam essa necessidade. Isso fica caracterizado no fato de que apenas um questionário é respondido por organização, com base no consenso gerado da discussão entre os participantes. O instrumento propõe, ao mesmo tempo, fortalecer as relações entre as categorias de análise e proporcionar à organização vantagem competitiva através da avaliação das pessoas que estão diretamente relacionadas ao processo (SILVEIRA et al, 2009, p. 8).

As assertivas tem o objetivo de realizar o cruzamento das categorias de análise com os fatores de resultado, levando assim a uma análise organizacional e a geração de ideias de melhoria. Os fatores de prática são observados através das respostas aos cenários péssimo e ótimo a serem considerados. Como os fatores de prática levam aos resultados desejados pela organização, ao atuar sobre eles a organização tende a conquistar melhorias de desempenho e aumento da competitividade.

Ao identificar as relações fortes e fracas tem-se uma classificação de prioridade de melhoria. As relações fracas devem ser fortalecidas, pois, como explicam SILVEIRA et al (2009, p. 10), de acordo com os princípios da complexidade, quanto mais intensas forem as inter-relações, maior será a complexidade do sistema e, conseqüentemente, mais esse sistema será capaz de se adaptar às mudanças ambientais e alcançar a melhoria no desempenho.

Durante a aplicação do instrumento os atores são instigados pelo consultor externo a pensarem a organização e discutirem a respeito da mesma, procedendo a análise organizacional. Mas, muito mais do que apenas chegar a um consenso sobre a situação atual da organização, o

instrumento tem como objetivo conscientizar os atores da influência de sua participação no processo de melhoria. Esta conscientização deve surgir destas discussões obtendo, assim, a participação na construção e o comprometimento na execução de todos os envolvidos nos projetos que contemplem os principais aspectos que influenciam na qualidade e a produtividade na organização.

Por fomentar a participação e a comunicação dos elementos constituintes da organização, este instrumento tem como consequência o surgimento de questionamentos a respeito dos processos produtivos realizados. Tem-se então que um dos princípios norteadores deste instrumento é a problematização, capaz de gerar (a) um diagnóstico mais próximo da realidade e (b) ideias de melhoria advindas de pessoas que estão inseridas no contexto da organização.

O instrumento desenvolvido para análise organizacional deve ser aplicado com a participação dos integrantes da organização, o que possibilita um maior envolvimento e comprometimento com o diagnóstico e com os projetos de melhoria gerados. Durante o desenvolvimento do processo de adaptação deste instrumento uma adaptação na estrutura que o compõe foi realizada, que agora é composto por 13 quadros com 5 relações cada um, resultando em 65 assertivas que contemplam a relação entre as categorias de análise (13) e os fatores de resultado (5).

O instrumento passou, então, a ter a seguinte estrutura:

CONTROLE DA PRODUÇÃO				
A função controle tem como objetivo garantir que as atividades ocorram dentro do previsto, identificando e corrigindo falhas, permitindo uma prestação de serviços mais adequada às necessidades dos usuários.				
	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	Confiabilidade: Processos produtivos controlados permitem informações mais confiáveis	Os processos produtivos não são controlados.	Os controles fornecem todas as informações necessárias ao perfeito atendimento ao usuário.	
	Custo: O controle da produção permite o acompanhamento adequado da utilização dos recursos, identificando pontos de desperdício. O ato de controlar pode inibir o uso inadequado dos recursos, reduzindo custos.	Não há controles para a verificação dos custos gerados no decorrer do processo produtivo.	Os controles existentes verificam os custos gerados no decorrer do processo produtivo.	
	Flexibilidade: Ao ter o controle dos processos produtivos a organização percebe demandas não atendidas e pode adequar o processo de forma a atender às diferentes necessidades dos usuários.	A organização não se preocupa em controlar se o processo produtivo está ou não adequado às demandas dos usuários.	Os controles existentes permitem analisar se as demandas dos usuários estão sendo devidamente atendidas.	
	Qualidade: Ao controlar a produção a organização torna-se mais eficaz em identificar falhas e pontos passíveis de melhoria, elevando consequentemente a qualidade do processo produtivo.	A falta de controles não permite uma atuação na melhoria do processo, pois não se sabe onde se deve melhorar.	Os controles fornecem informações sobre as falhas e os pontos a melhorar no processo produtivo.	
	Rapidez: O controle permite que a organização tenha informações constantes a respeito do seu processo produtivo, o que acelera a prestação do serviço.	Não existem controles ou eles são preenchidos de maneira incorreta e/ou incompleta.	Há controles adequados e os mesmos são preenchidos de forma completa.	
Ideias de melhoria				

Quadro 4: Categoria Controle da produção e suas relações - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

Os quadros são compostos pelos seguintes campos:

- a) Categoria, onde é explicada a categoria dentro da realidade organizacional;
- b) Relação com os fatores de resultado, que contempla a relação entre a categoria de análise e o fator de resultado;
- c) Cenário 1, que apresenta o cenário péssimo desta relação;
- d) Cenário 2, que apresenta o cenário ótimo desta relação;
- e) Nota, campo em que o respondente irá avaliar sua organização através da atribuição de uma nota que varia de 1 a 5, sendo um o cenário péssimo e 5 o cenário ótimo. Esta nota é obtida após discussão e consenso da realidade organizacional, sendo uma única nota para a organização;
- f) Ideias de Melhoria, campo em que os participantes sugerem o que consideram necessário para melhorar esta relação, e, conseqüentemente, o desempenho organizacional.

Os dados obtidos com a aplicação do instrumento foram quantitativamente analisados através da obtenção da média e do desvio padrão, medidas descritivas que estudam a posição central e a dispersão, respectivamente, das notas preenchidas em cada relação entre as categorias de análise e os fatores (BARBETTA, 2008).

A primeira análise quantitativa realizada foi o cálculo das médias. A média é o resumo dos dados coletados. Como instrumento de análise é considerado por alguns estudiosos como incompleto, mas associado com outras medidas revela aspectos interessantes a serem analisados (BARBETTA, 2008).

A segunda análise utilizou o desvio padrão com o objetivo de obter informações complementares ao cálculo da média. Esta medida descritiva permite avaliar a dispersão dos dados e, assim, realizar uma análise mais aprofundada (BARBETTA, 2008). Os dados são apresentados em quadros e esquemas para tornar a visualização mais clara.

É importante ressaltar que, por se tratar de uma Organização Municipal de Saúde, esta pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina e obteve parecer favorável através do certificado 1110/2010 em 29 de novembro de 2010. O mesmo trabalho recebeu

autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – SC em 22 de dezembro de 2010.

Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme modelo no apêndice D. Este termo, em que os profissionais são informados dos objetivos da pesquisa e declaram sua ciência na participação da pesquisa, ficará arquivado com a pesquisadora pelo período de 5 anos.

3.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL

A organização e análise do material visam oferecer argumentos em torno dos objetivos da pesquisa de desenvolver uma metodologia adequada para a avaliação de organizações de saúde, de modo a proporcionar a discussão dos itens de controle e gerar ideias de melhoria.

A revisão de literatura foi organizada em torno de três grandes tópicos de argumentação:

- administração, organizações e complexidade;
- as organizações de saúde.

Os dados coletados no trabalho de campo na Unidade de Pronto Atendimento Sul foram organizados dentro das seguintes categorias:

- caracterização da organização;
- a realidade organizacional complexa;
- geração de análise organizacional;
- geração de projetos de melhoria.

Os resultados da aplicação do instrumento na UPA Sul foi organizada em duas análises: quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa corresponde ao tratamento estatístico dos resultados através do programa SPSS. Para esta análise utilizou-se de duas medidas descritivas apontadas por Barbetta (2008) como adequadas para estudos sociais: a média e o desvio padrão. Estas medidas, quando utilizadas em conjunto, permitem uma boa avaliação dos resultados obtidos.

A análise dos dados, utilizando-se do cálculo das médias e desvios padrão dos dados coletados, foi realizada em duas etapas. A primeira refere-se ao cálculo dos dados das categorias de análise. A segunda refere-se ao cálculo dos dados dos fatores de resultado.

A organização e a análise do material coletado produziram uma avaliação organizacional discursiva com geração de projetos de melhoria através do instrumento aplicado.

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Como fatores limitantes desta pesquisa considera-se o pouco tempo para a produção do relatório, o que dificultou um debate com maior profundidade de reflexão acerca das ideias de melhoria geradas com a aplicação do instrumento, bem como a falta de acompanhamento dos resultados da aplicação dos projetos por ele gerados.

Limita a pesquisa também o fato de os profissionais serem convidados a participar fora do seu horário de plantão. Como a maioria deles mantém vínculos com outras organizações de saúde, este fator dificultou a aderência aos debates e os encontros da equipe para discussão. Este fato foi percebido pela ausência de muitos profissionais nos encontros realizados.

4. O DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SUL DE FLORIANÓPOLIS

4.1 A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SUL DE FLORIANÓPOLIS

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estruturas criadas pelo Ministério da Saúde para atuar na Atenção de Média Complexidade, são classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade instalada (área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e capacidade diária de atendimentos médicos). Para cada porte foi instituído incentivo financeiro de investimento para implantação das mesmas além de despesas de custeio mensal. O investimento do Ministério da Saúde em Unidades de Pronto Atendimento foi de R\$ 512.600.000,00 em 2009, e ao final de 2010 totalizará o montante de R\$ 989,9 milhões. A meta é de que até o final de 2010 a população possa contar com 500 Unidades de Pronto Atendimento em todo o país (BRASIL, 2010b).

Na cidade de Florianópolis existem duas Unidades de Pronto Atendimento em funcionamento, uma no sul e outra no norte da Ilha, e o projeto de uma terceira unidade no continente foi recentemente aprovado. Cada uma das UPA oferece atendimento de urgência e emergência com risco à vida em Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia e Odontologia, incluindo pequenos procedimentos cirúrgicos, estabilização de pacientes com risco de morte e observação, exames de raio-X e de laboratório. Em cada turno de 12 horas atuam dois clínicos, dois pediatras, um cirurgião geral e um dentista. As UPA estão preparadas para atender situações de emergência quando há risco à vida e casos de urgência de alta/média/baixa complexidades (FLORIANÓPOLIS, 2010).

A UPA Sul, localizada no sul da Ilha de Santa Catarina, foi instalada no dia 09 de setembro de 2008, está classificada como UPA porte II, pois atende uma população situada entre 100.001 e 200.000 habitantes. Possui uma equipe composta por mais de 100 profissionais entre clínicos gerais, cirurgiões, pediatras, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares odontológicos, técnicos em radiologia, assistentes sociais, farmacêutica, motoristas de ambulância e profissionais administrativos, além de segurança e limpeza. Conta com

06 leitos de observação adulto e 05 leitos de observação infantil e atende em média 300 pacientes por dia (BRASIL, 2010c).

Como unidade de demanda espontânea, os pacientes chegam em veículos próprios ou transportados pelas ambulâncias do SAMU e veículos do corpo de Bombeiros. Estes tem entrada prioritária pela emergência, indo direto para o atendimento. Os demais usuários, ao chegarem à Unidade, fazem um cadastro com os profissionais administrativos, em que fornecem seus dados pessoais, número do cartão do SUS (quando possuem) e relatam brevemente o motivo da procura ao serviço.

Em seguida, o usuário é acolhido pela equipe de enfermagem, que procede o acolhimento com classificação de risco em que são verificados os sinais vitais enquanto o paciente relata o mais detalhadamente possível seu problema. Estas informações são inseridas no sistema de informação da rede de saúde da prefeitura de Florianópolis, onde o profissional também pode analisar o histórico do paciente pela rede de saúde. Após esse acolhimento o usuário é classificado de acordo com a escala de risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 27):

- Vermelho: prioridade zero. Trata-se de uma emergência, e o atendimento deve ser imediato.
- Amarelo: prioridade 1. Trata-se de uma urgência, e o atendimento não deve ultrapassar os 15 minutos.
- Verde: prioridade 2. Trata-se de uma prioridade não urgente, em que o atendimento deve ocorrer em até 30 minutos.
- Azul: prioridade 3. Trata-se de consultas de baixa complexidade e o atendimento deve ocorrer por ordem de chegada, após os outros níveis terem sido atendidos, sem tempo máximo de espera.

De acordo com a classificação de risco efetuada pela equipe de enfermagem, o paciente é encaminhado para atendimento médico clínico, cirúrgico, pediátrico ou odontológico, conforme cada caso. O atendimento médico determinará os próximos procedimentos, que podem variar de medicação oral ou intravenosa, observação de evolução clínica, exames clínicos e laboratoriais, transferência para hospital de referência, ou outro procedimento que o médico julgar ser conveniente.

Em visitas realizadas ao local, percebeu-se que a referida organização de saúde tem vários aspectos a ser melhorado, o que instigou a torná-la objeto deste estudo.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE COMPLEXIDADE DA UPA SUL

Entendendo-se a complexidade como um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas, tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem os fenômenos do mundo incerto (MORIN, 2007), a caracterização da Unidade de Pronto Atendimento Sul de Florianópolis como uma organização complexa é bastante salutar.

As Unidades de Pronto Atendimento foram criadas para preencher uma lacuna existente entre a atenção básica e a atenção de alta complexidade. Fazem parte da atenção de média complexidade e estão vinculadas ao Ministério da Saúde, que repassa uma verba mensal para a manutenção da sua estrutura. A UPA Sul também está vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, responsável pela aplicação da verba do Ministério da Saúde e pelos recursos humanos da instituição – os funcionários são concursados ou contratados pela Prefeitura.

Sua classificação como UPA porte II já não corresponde à realidade, pois, apesar de atender estar situada em uma região de população entre 100.001 a 200.000 habitantes, a UPA Sul deveria atender em média 300 pacientes/dia. Atualmente a média de atendimentos é de 400 pacientes/dia, pois o serviço não é restrito à população do município de Florianópolis, atendendo toda a região e até municípios mais distantes. Entretanto, a reclassificação para UPA porte III necessitaria de investimentos em um novo prédio, com instalações específicas segundo o Ministério da Saúde, como um necrotério, por exemplo.

A Unidade possui um coordenador local responsável pela gestão da Unidade, indicado e subordinado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde. Atualmente, o cargo é ocupado por um médico cirurgião que já atuava na Unidade, que está na função de coordenação desde março de 2010. Além dele, dois servidores foram desviados de suas funções originais na UPA Sul para auxiliar a coordenação. A autonomia do gestor local é bastante limitada, dada a complexidade da rede de atenção à saúde tanto do Ministério da Saúde como da Secretaria de Saúde do Município, à qual a coordenação está diretamente vinculada.

Outro fator característico da complexidade da UPA Sul é uma equipa desarticulada pela diversidade de profissionais atuando na Unidade. Apesar de suas atividades estarem diretamente vinculadas,

cada categoria profissional trabalha como um núcleo independente, com regras, valores e características muito particulares. O distanciamento das diferentes categorias é tanto que um dos aspectos mais citados durante a coleta foi a falta de integração entre os diversos núcleos existentes, e como isto afeta negativamente a organização. O bom atendimento depende de todos, desde o administrativo até os profissionais de saúde.

4.3 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: ANÁLISE ORGANIZACIONAL QUANTITATIVA

A análise dos resultados da aplicação do instrumento será apresentada em dois momentos: análise quantitativa e análise qualitativa. As relações entre as categorias de análise e os fatores de resultado na UPA Sul foram respondidas conforme o quadro abaixo:

CATEGORIAS	CP	DOP	DNP	GA	Inst	Inv	OC	PIP	PrP	Q	SS	Tec	TC
FATORES													
Confiabilidade	4	1	2	1	2	3	4	1	1	4	2	4	3
Custos	2	1	2	1	1	2	2	1	2	4	2	3	3
Flexibilidade	1	1	2	1	2	2	1	1	2	3	3	3	3
Qualidade	2	1	4	1	4	1	2	1	1	1	1	5	3
Rapidez	4	1	4	1	3	2	4	1	1	3	1	4	4

Quadro 5: Preenchimento final do instrumento na UPA Sul - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

NOTA: As cores do quadro 5 correspondem às relações entre as categorias de análise e os fatores de resultado, conforme as respostas nas assertivas. Os cenários desfavoráveis foram classificados com a nota 1, que corresponde à cor vermelha e os cenários favoráveis foram classificados com a nota 5, que corresponde à cor verde escura. As cores laranja, amarelo e verde claro correspondem, respectivamente, aos cenários intermediários, classificados como 2, 3 e 4. CP – Controle da Produção; DOP – Desempenho Operacional; DNP – Desenvolvimento de Novos Produtos; GA – Gestão Ambiental; Inst – Instalações; Inv – Investimentos; OC – Organização e Cultura; PIP – Planejamento da Produção; PrP – Programação da Produção; Q – Qualidade; SS – Saúde e Segurança; Tec – Tecnologia; TC – Tempo de Ciclo.

O que visualmente pode-se perceber pela análise organizacional da UPA Sul é que existem muitos pontos a melhorar. Apenas 20% das assertivas foram classificadas como verdes, ou seja, as relações possuem cenários considerados satisfatórios. As categorias Desempenho Operacional, Gestão Ambiental e Planejamento da Produção foram as

que obtiveram nota mínima em todas as assertivas, ressaltando a necessidade de melhoria urgente.

4.3.1 As categorias de análise: descrição e resultados

As categorias de análise são subsistemas do sistema produtivo, compostas por ações específicas que influenciam direta ou indiretamente os resultados da organização. Dada a complexidade organizacional, as categorias de análise se inter-relacionam, o que permite afirmar que elas se influenciam mutuamente. As categorias de análise deste instrumento são resultado de diversos estudos do grupo de pesquisa NIEPC da Universidade Federal de Santa Catarina.

A seguir apresenta-se a média e o desvio padrão de cada uma das categorias.

Categorias	CP	DOP	DNP	GA	Inst	Inv	OC	PIP	PrP	Q	SS	Tec	TC
Média	2,60	1,00	2,80	1,00	2,40	2,00	2,60	1,00	1,40	3,00	1,80	3,80	3,20
Desvio padrão	1,34	0,00	1,10	0,00	1,14	0,71	1,34	0,00	0,55	1,22	0,84	0,84	0,45

Quadro 6: Análise quantitativa da média e desvio padrão das categorias – 2011
Fonte: Moreira, F.K.

Observando-se o quadro acima tem-se que três categorias obtiveram médias 1,00, o que corresponde afirmar que não há variabilidade nas respostas às assertivas, ou seja, há concordância em relação à classificação destas categorias, consideradas, nestes casos, como muito desfavoráveis. São elas Desempenho Operacional, Gestão Ambiental e Planejamento da Produção. A análise do desvio padrão (0,00) corrobora para classificar estas categorias como as que mais necessitam de melhorias.

Apenas as categorias Qualidade, Tecnologia e Tempo de Ciclo obtiveram média igual ou superior a 3,0 (3,0 – 3,8 – 3,2 respectivamente). Estes números não são satisfatórios, mas classificam estas categorias como as menos problemáticas para a organização. São categorias que necessitam de melhorias, mas não tão urgentes. A análise do desvio padrão da categoria Qualidade alerta que a relação Qualidade

x Qualidade é a que mais necessita de melhorias. A análise das categorias Tecnologia e Tempo de Ciclo indicam que as relações estão equilibradas.

As categorias Controle da Produção, Organização e Cultura, Instalações e Desenvolvimento de Novos Produtos apresentaram os maiores desvio padrão (1,34; 1,34; 1,14 e 1,10 respectivamente). Esta dispersão aponta que a categoria possui relações fortes com alguns fatores de resultado, ou seja, são apenas algumas relações que precisam ser melhoradas. As relações fracas acabam baixando o valor da média (2,60; 2,60, 2,40 e 2,80, respectivamente).

Investimento, Saúde e Segurança e Programação da Produção apresentaram médias 2,00; 1,80 e 1,40 respectivamente. A análise do desvio padrão corrobora para afirmar que as relações em cada categoria estão em níveis muito próximos, todos abaixo do desejado.

4.3.2 Os fatores de resultado: descrição e análise

Considerados como componentes críticos que afetam toda a cadeia de produção, os fatores de resultados são aqueles capazes de proporcionar maior eficiência e eficácia à organização. Alguns autores, como Slack (1999) chamam estes fatores de objetivos de desempenho da produção. A relação destes fatores demonstra o quanto à organização é competitiva.

O quadro a seguir apresenta a média e o desvio padrão destas relações com os fatores de resultado.

FATORES	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Confiabilidade	2,46	1,27
Custos	2,00	0,91
Flexibilidade	1,92	0,86
Qualidade	2,08	1,44
Rapidez	2,54	1,39

Quadro 7: Apresentação quantitativa dos fatores - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

Ao analisar as médias dos fatores, observa-se que todas estão abaixo de 2,54, ou seja, são médias baixas, o que demonstra que todos os resultados operacionais tem desempenho fraco. O melhor índice refere-se ao fator Rapidez (2,54), que é uma característica inerente ao

serviço de urgência e emergência. Entretanto foi o fator que apresentou o segundo maior desvio padrão (1,39) o que chamou a atenção para uma análise mais aprofundada. Embora a média deste fator seja mais alta quando comparada às dos demais fatores, existem cinco categorias em que a rapidez foi classificada com o cenário péssimo e cinco com cenário bom. Ou seja, não são todas as categorias que contribuem para uma prestação de serviço rápida.

Confiabilidade foi o fator que obteve a segunda melhor média (2,46), mas também com desvio padrão elevado (1,27), significando que há uma amplitude de concordância, ou seja, algumas categorias colaboram positivamente para este resultado enquanto outras colaboram negativamente. Por se tratar de uma organização de serviço de saúde, a confiabilidade deveria ser maior, já que o “produto” em questão é a saúde e a vida dos cidadãos. Entretanto, sete categorias não têm colaborado para o aumento da confiabilidade na prestação do serviço.

O fator Qualidade obteve média 2,08 e o maior desvio padrão (1,44). Isto demonstra que a qualidade existe, mas não com resultados satisfatórios. O alto desvio padrão aponta a participação não linear das categorias para os resultados de qualidade, ou seja, enquanto algumas categorias apresentam desempenho satisfatório, a maioria apresenta desempenho desfavorável. Vale ressaltar que a qualidade é o resultado mais percebido pelos usuários da organização.


Custos obteve média 2,00 e desvio padrão 0,91. Isto demonstra que o resultado deste fator é insatisfatório e o resultado do desvio padrão significa que há uma constância no baixo desempenho deste objetivo, ou seja, de modo geral, as categorias não contribuem para a redução dos custos. Todas as organizações buscam redução de custos como forma de garantir competitividade e lucro. A UPA Sul, como instituição pública, reflete o uso do dinheiro público e a redução de custos aponta a responsabilidade no uso dos recursos.

A média mais baixa foi obtida pelo fator Flexibilidade, com 1,92. Isto demonstra que, apesar de o serviço oferecido pela UPA atender uma demanda diversificada, as categorias não estão contribuindo para aumentar a flexibilidade de atendimento, análise corroborada pelo baixo índice de desvio padrão (0,86), ou seja, há concordância e aproximação quanto às percepções dos cenários.

4.3.3 Categorias de Análise e Fatores de Resultado: análise das relações

O instrumento proposto baseia-se nas relações complexas existentes entre as categorias de análise e os fatores de competitividade das organizações. Os fatores de resultado são considerados a referência do sistema produtivo – as entradas do sistema – e sua relação com as categorias de análise demonstra o quanto estas colaboram positiva ou negativamente através de suas ações para alcançar os objetivos de produção.

Cada assertiva do instrumento proposto avalia estas relações e possibilita à organização a oportunidade de pensar sobre a complexidade do sistema produtivo, em que cada categoria reflete nos seus resultados e nas outras categorias simultaneamente.



CONFIABILIDADE	CUSTOS	FLEXIBILIDADE	QUALIDADE	RAPIDEZ
			<ul style="list-style-type: none"> Tecnologia 	
<ul style="list-style-type: none"> Controle da Produção Organização e Cultura Qualidade Tecnologia 	<ul style="list-style-type: none"> Qualidade 		<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de Novos Produtos Instalações 	<ul style="list-style-type: none"> Controle da Produção Desenvolvimento de Novos Produtos Organização e Cultura Tecnologia Tempo de Ciclo
<ul style="list-style-type: none"> Investimento Tempo de Ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> Tecnologia Tempo de Ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> Qualidade Saúde e Segurança Tecnologia Tempo de Ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de Ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> Instalações Qualidade
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de Novos Produtos Instalações Saúde e Segurança 	<ul style="list-style-type: none"> Controle da Produção Desenvolvimento de Novos Produtos Investimentos Organização e Cultura Programação da Produção Saúde e Segurança 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de Novos Produtos Instalações Investimentos Programação da Produção 	<ul style="list-style-type: none"> Controle da Produção Organização e Cultura 	<ul style="list-style-type: none"> Investimentos
<ul style="list-style-type: none"> Desempenho Operacional Gestão Ambiental Planejamento da Produção Programação da Produção 	<ul style="list-style-type: none"> Desempenho Operacional Gestão Ambiental Instalações Planejamento da Produção 	<ul style="list-style-type: none"> Controle da Produção Desempenho Operacional Gestão Ambiental Organização e Cultura Planejamento da Produção 	<ul style="list-style-type: none"> Desempenho Operacional Gestão Ambiental Investimentos Planejamento da Produção Programação da Produção Qualidade Saúde e Segurança 	<ul style="list-style-type: none"> Desempenho Operacional Gestão Ambiental Planejamento da Produção Programação da Produção Saúde e Segurança

Figura 3 – Farol das relações categorias de análise X fatores de resultado - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

NOTA: Como em um semáforo, as cores e figuras indicam como a categoria contribui para o alcance dos fatores de resultado na UPA Sul, segundo a avaliação da organização com a aplicação do instrumento proposto: Vermelho – não contribui; Laranja – contribui pouco; Amarelo – contribui razoavelmente; Verde claro – contribui muito; Verde escuro – contribui significativamente.

De modo geral, observa-se que a maioria das relações são fracas, ou seja, o desempenho das categorias pouco contribui para o alcance dos fatores de resultado. Somente uma relação obteve o desempenho máximo (nota 5): a categoria Tecnologia em relação ao fator Qualidade, o que significa que a tecnologia existente contribui significativamente para a qualidade da organização. Isto corresponde a 1,54% de relações fortes.

Em contraste com este resultado positivo 38,46% das relações foram classificadas com nota 1, ou seja, o desempenho destas relações mostrou-se muito fraco. 24,62% apresentaram nota 2, significando que seu desempenho é um pouco mais elevado, mas ainda considerado insatisfatório. A somatória destes resultados apresenta que 63,07% das relações necessitam de melhorias, o que demonstra a necessidade de projetos para alavancar o desempenho organizacional.

Resultados intermediários como o desempenho mediano, representado pela nota 3, classificado por 16,92% das relações, e o desempenho bom, representado pela nota 4, com 18,46% das relações, indicam que 35,38% do desempenho da organização é considerado satisfatório, mas passível de melhorias.

4.4 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: ANÁLISE ORGANIZACIONAL QUALITATIVA

A análise qualitativa corresponde aos elementos discursivos gerados durante a coleta de dados do instrumento. Esta análise baseia-se na percepção da consultora externa durante as discussões das assertivas. Como um instrumento discursivo, considera-se este o ponto forte da análise organizacional, momento em que a organização pode repensar e debater sobre sua realidade, todos os atores são convidados a expressar suas percepções e, mais do que isto, são estimulados a buscar, em conjunto, as alternativas para solucionar os problemas encontrados.

4.4.1 Controle da Produção

Controlar a produção é a melhor maneira de garantir que o processo produtivo ocorra como o planejado, bem como é capaz de identificar pontos a melhorar de maneira rápida e eficiente.

A discussão gerada pelo preenchimento da categoria Controle da Produção evidenciou falhas no Sistema InfoSaúde, programa utilizado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis para o atendimento na UPA Sul e em todas as instituições municipais de saúde.

Uma das falhas apontadas pelo grupo foi a falta de informações de alguns setores, como a radiologia e o transporte de pacientes pela ambulância. A falta destas informações prejudica o controle da produção da Unidade, sendo necessário realizar controles paralelos.

Outra falha apontada no Sistema é a capacitação deficiente dos profissionais que o preenchem. Os participantes afirmaram que não é realizado nenhum tipo de treinamento sobre as ferramentas existentes no InfoSaúde, nem sobre a importância das informações contidas no Sistema, nem mesmo como se deve preenchê-lo. Essa capacitação insuficiente dos profissionais prejudica o Controle da Produção, pois muitas informações importantes para o controle da Unidade são negligenciadas ou preenchidas de maneira incorreta.

O grupo também apontou o número insuficiente de equipamentos e o reduzido espaço físico como fatores que prejudicam o Controle da Produção. Outro ponto levantado foi a falta de tempo para o preenchimento correto dos controles, seja pelo número de funcionários seja pela alta demanda do serviço de urgência.

4.4.2 Desempenho Operacional

O bom desempenho operacional propicia à organização resultados satisfatórios, um processo produtivo bem dimensionado e o alcance das metas estabelecidas. Acompanhar o desempenho operacional é a maneira pela qual a organização sabe se está no caminho certo ou não.

A categoria Desempenho Operacional foi uma das que apresentou pior resultado, sendo enquadrada no cenário péssimo em todas as assertivas. Este fato não permite avaliar que o desempenho operacional da UPA Sul seja ruim, mas sim que esse desempenho não é monitorado pela organização.

Os participantes levantaram os principais pontos que prejudicam o desempenho operacional da Unidade, tais como a insuficiente capacitação dos profissionais para o atendimento de urgência e emergência, a falta de informações sobre as necessidades dos

profissionais que atuam na instituição, bem como a ausência de *feedback* dos usuários sobre o serviço prestado.

Outro ponto discutido foi a falta de metas claras e da avaliação do desempenho dos profissionais após o período probatório. Ausência de metas e falta de controle do desempenho desestimulam o aperfeiçoamento da prestação do serviço.

A ausência de reuniões regulares de integração entre os profissionais de cada categoria bem como entre os diversos setores da UPA Sul também foi apontada como ponto negativo para a melhoria do desempenho operacional.

4.4.3 Desenvolvimento de Novos Produtos

A inovação é um dos diferenciais competitivos das organizações. Incentivar os profissionais a buscarem novos produtos e novos processos produtivos é uma forma de atingir a tão almejada melhoria contínua.

A discussão da categoria Desenvolvimento de Novos Produtos levou o grupo a refletir sobre o pouco incentivo à inovação existente na UPA Sul. Os pontos que os profissionais apontaram como determinantes para a manutenção desta característica da instituição são: (1) falta de autonomia da Unidade para inovação; (2) baixa receptividade da Secretaria Municipal de Saúde para projetos inovadores.

Os profissionais expressaram um sentimento de desestímulo para propor novas ideias, alegando que em situações anteriores em que foram sugeridas inovações não houve reconhecimento nem por parte da instituição nem por parte dos colegas de trabalho.

Demonstraram necessidade de a organização incentivar uma filosofia da inovação, em que os profissionais sejam estimulados a proporem projetos através do reconhecimento e da implantação das melhores ideias.

4.4.4 Gestão Ambiental

A gestão ambiental há tempos deixou de ser preocupação apenas de ambientalistas. Leis específicas regulamentam o descarte de lixos, resíduos, uso de água e solo, entre outros aspectos ambientais. A

principal lei é a nº 12.305 de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos e que responsabiliza o poder público, o setor empresarial e a sociedade a efetivar ações para o gerenciamento ambientalmente adequado dos resíduos sólidos. Segundo esta lei, é responsabilidade do Município a gestão dos resíduos sólidos gerados em seu território e vinculam a esta gestão o acesso a recursos federais destinados à limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos (BRASIL, 2010d).

A categoria Gestão Ambiental foi uma das que apresentou cenário péssimo para todas as assertivas. Apesar de ser uma instituição pública municipal, pouco se faz para o tratamento adequado de resíduos, economia de energia e água etc.

A principal evidência da ausência de um processo ecologicamente correto é o descarte do lixo. Existe uma empresa contratada para recolher e dar o devido destino ao lixo hospitalar da UPA e das instituições de saúde do município. Esta empresa cobra por quilo de lixo recolhido. Na UPA Sul, todo o lixo é encaminhado como lixo hospitalar. Ou seja, papéis de escritório, lixo sanitário, caixas de papelão e outros que poderiam facilmente ser reciclados ou descartados em lixo comum são levados por esta empresa, gerando custo desnecessário ao município e não contribuindo para o meio ambiente.

Alguns profissionais relataram que até separavam o lixo reciclável do lixo hospitalar, mas pararam quando souberam que os funcionários da limpeza foram orientados a ajuntar tudo e separar para a empresa encarregada do lixo hospitalar recolher. Disseram que desanimaram ao receber esta informação.

Projetos diversos de descarte ambientalmente correto de materiais prejudiciais ao meio ambiente que a Unidade produz foram enviados para a Secretaria Municipal de Saúde, entretanto ainda não retornaram com respostas positivas.

Outro ponto levantado foi a existência de um mangue logo atrás da Unidade. Foi questionado se a fossa existente suporta todo o volume gerado ou se estes resíduos estão sendo “desviados” para o mangue. Funcionários mais antigos relataram que, em mais de dois anos de funcionamento, não observaram a limpeza da fossa, o que gerou esta dúvida.

Todos concordaram que é necessária uma conscientização para que o processo produtivo seja ambientalmente correto. Esta conscientização pode iniciar com a colocação de lembretes para os funcionários utilizarem corretamente recursos como água e energia, desligando aparelhos e lâmpadas que não estejam sendo utilizados.

Como a UPA Sul é uma organização pública municipal, os profissionais destacaram a importância de dar exemplo no quesito preocupação ambiental.

4.4.5 Instalações

Instalações bem cuidadas, com arranjo físico adequado, são fundamentais para uma prestação de serviços de qualidade. Perrow (1976) enfatizou que a estrutura física também influencia o comportamento da organização. Daí a importância de planejar adequadamente as instalações e mantê-las funcionais.

O aspecto mais debatido na categoria Instalações foi a falta de manutenção preventiva das instalações e a demora nas manutenções corretivas. Os profissionais relataram diversas ocasiões e equipamentos que deveriam receber manutenção preventiva, seja por determinação do fabricante seja pela redução de custos e transtornos que a prevenção proporciona, tem sua manutenção negligenciada ou retardada. Exemplos como os aparelhos de ar condicionado, elevadores, equipamentos de odontologia e raio-X foram citados.

Os profissionais foram unânimes em afirmar que o prédio em que funciona a UPA Sul não foi projetado para ser uma Unidade de Pronto Atendimento, e sua adequação para este fim deixou bastante a desejar. Setores como a enfermagem e a odontologia são impróprios, prejudicando o atendimento aos usuários e o desempenho destes profissionais. Além disso, a divisão do prédio com a Policlínica Municipal foi apontada como desfavorável para uma prestação de serviços de qualidade.

A profissional de raio-X destacou a inadequação tanto da localização como das instalações do setor que, apesar de emitir radiação, está ao lado da recepção, além de não oferecer proteção suficiente para profissionais e usuários. A recepção foi outro setor apontado como inadequado.

O andar térreo foi apontado como o espaço com maiores problemas de layout e fluxo operacional. Outros espaços considerados inadequados foram o quarto de descanso dos funcionários, que não possui mobiliário suficiente, e o almoxarifado. Os profissionais reclamaram da falta de um estacionamento exclusivo para os servidores e relataram que diversas vezes eles chegam para o trabalho e não encontram vagas para estacionar seus veículos, já que a UPA Sul fica ao

lado do Terminal Integrado do Rio Tavares e muitos cidadãos deixam seus carros estacionados ali para pegar o ônibus. Questionaram porque outras instituições de saúde (UBS, por exemplo) possuem este espaço exclusivo e ali não há.

Com relação à limpeza das instalações, os profissionais elogiaram o trabalho da equipe contratada para limpar as instalações, mas chamaram atenção para o fato de que eles não são devidamente treinados para atuar em organizações de saúde de urgência e emergência, fato constatado pela ausência do uso de equipamentos de proteção individual adequados e ao correto manuseio dos resíduos. Apesar de serem eficientes foi considerado que o número de profissionais na limpeza deveria ser maior, já que a Unidade é grande (possui dois andares) e o fluxo de pessoas é bastante alto, sendo constante a necessidade do trabalho destes profissionais.

4.4.6 Investimentos

Investimentos são realizados para incrementar e aprimorar o processo produtivo, visando retorno em qualidade e desempenho operacional. Entretanto, muitas organizações não visualizam a importância dos investimentos também nas pessoas para a manutenção e o alcance de objetivos. Há que se ter um equilíbrio nos investimentos estruturais e humanos para que haja um processo produtivo de qualidade, com retorno para a organização e para a sociedade.

A precária manutenção preventiva e a ausência de capacitação para os profissionais foram apontadas como as evidências de que a categoria Investimentos não possui a atenção que deveria. Os profissionais consideraram que os equipamentos existentes são suficientes para o atendimento, pouco necessitando de investimentos. Mas ressaltaram que não basta ter equipamentos suficientes se os mesmo não estiverem em condições adequadas de funcionamento, o que deveria ser garantido por uma programação de manutenções preventivas.

Entretanto, ressaltaram como a falta de treinamento dos profissionais para atuação em serviços de urgência e emergência prejudica o correto atendimento, e levantaram a ausência de investimentos neste sentido. Com investimentos relativamente baixos, capacitações mais frequentes proporcionariam considerável aumento da qualidade na prestação do serviço. Salientou-se que todos os setores

necessitam de treinamento, não só as categorias de saúde, mas também os profissionais da coordenação e da recepção, estes responsáveis pelo primeiro contato com o usuário.

4.4.7 Organização e Cultura

Cultura organizacional é uma construção contínua de valores e significados compartilhados. Quanto mais tempo de vida tem a organização, mais valores e significados ela terá. Entretanto, valores podem ser cultivados desde o início da organização, e estes permearão o surgimento de outros, especialmente os aspectos informais da cultura organizacional.

A discussão da categoria Organização e Cultura girou entorno do pouco tempo de instalação das UPA e da ausência de uma cultura definida. A discussão concluiu que a maioria dos valores e regras são transmitidas de maneira informal, através do convívio diário entre os profissionais. Apenas algumas regras são transmitidas pela instituição, tais como os horários. Apesar do pouco tempo de funcionamento, percebe-se que a cultura da UPA Sul já iniciou seu processo de consolidação, infelizmente sem o controle da organização. Observa-se a existência de subculturas, aquelas criadas por cada categoria profissional.

Como a cultura organizacional é o conjunto de valores e significados compartilhados, levantou-se a necessidade de momentos de compartilhar essa cultura. Muitos profissionais que atuam na Unidade não se conhecem, e as diversas categorias existentes pouco se relacionam. Os profissionais expressaram a necessidade de haver encontros para troca de experiências, conhecimento entre eles e fortalecimento da cultura local.

Outro aspecto discutido foi que a cultura de uma organização é refletida em seu entorno. A fraqueza da cultura organizacional da UPA é refletida no fato de que nem mesmo instituições e profissionais da própria rede de saúde conhecem de fato os objetivos de uma Unidade de Pronto Atendimento, que dirá a população em geral. Neste sentido, ressaltou-se a importância de divulgar o que é uma UPA e qual é o seu papel na Política de Saúde do Município.

4.4.8 Planejamento da Produção

O planejamento deveria ser o primeiro passo para todas as atividades organizacionais. Ao determinar os planos e metas da organização direciona-se todo o seu futuro. Infelizmente planejar ainda não é uma realidade para parte dos gestores.

A categoria Planejamento da Produção foi a terceira que obteve classificação de cenário péssimo em todas as assertivas. Isto porque não existe planejamento da UPA Sul. A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis iniciou neste ano de 2011 o processo de planejamento da Unidade, processo que teve início com a convocação do colegiado e a aplicação deste instrumento.

A falta de planejamento é sentida pelos profissionais e, segundo eles, reflete na qualidade da prestação do serviço. Estes ressaltaram a urgência de dar sequência a este processo, e salientaram a importância de que este planejamento seja realizado de baixo para cima e com a participação de todos, pois assim o planejamento será realmente efetivo.

4.4.9 Programação da Produção

A programação da produção permite que a organização conquiste um processo produtivo mais seguro, com o tempo e os recursos necessários bem dimensionados e seus profissionais sabendo como e quando agir.

A categoria Programação da Produção gerou certa confusão, pois os profissionais alegaram que o serviço não pode ser programado. Então a consultora externa explicou como pode ser realizada a programação da produção em casos de demanda espontânea como é a UPA Sul.

Após entenderem que, mesmo em um serviço de demanda espontânea como é a UPA, é possível realizar a programação da produção, a discussão levou à importância do estabelecimento dos protocolos de atendimento. Estes protocolos permitirão que os procedimentos sejam estudados e aspectos como tempo e recursos necessários poderão ser calculados, além de os profissionais saberem como e quando agir.

Um fator apontado como falho foi a classificação de risco realizada de maneira incorreta, o que prejudica a programação da produção. Outro aspecto levantado na discussão desta categoria foi a

percepção de que o número de profissionais necessita ser redimensionado, sendo atualmente um dos principais gargalos de produção. Falhas na programação de quantidade de medicamentos, roupas de cama, materiais diversos para atendimento entre outros também foram apontados.

4.4.10 Qualidade

Qualidade é um termo constantemente utilizado, mas nem sempre corretamente buscado. Todos querem produtos e serviços de qualidade, e organizações que não levem em consideração esse desejo tendem a ser menos competitivas.

A categoria Qualidade apontou aspectos já discutidos em categorias anteriores, tais como (a) a necessidade de capacitação dos profissionais para a correta atuação no serviço de urgência e emergência, sendo que esta capacitação é necessária a todos os profissionais da Unidade; (b) a necessidade de controles para detectar os pontos falhos e corrigi-los eficazmente; (c) a importância de reuniões para a discussão dos problemas e a busca pelas soluções em conjunto; (d) a necessidade urgente de um planejamento da Unidade.

O grupo destacou que a qualidade do serviço prestado pela UPA está diretamente relacionada ao serviço das outras organizações de saúde. Como uma rede, a dependência dos outros órgãos de saúde reflete e é refletida no atendimento prestado pela Unidade.

4.4.11 Saúde e Segurança

Proporcionar um ambiente seguro e saudável para os colaboradores, além de ser uma exigência legal, garante funcionários satisfeitos e um processo produtivo.

Ao discutir as assertivas da categoria Saúde e Segurança os profissionais classificaram como tenso o ambiente de trabalho da UPA Sul, fato que por vezes torna-o inseguro, com casos não raros de agressões verbais e até físicas dos usuários aos profissionais de saúde.

Categorizada como atividade insalubre, a jornada de trabalho na UPA Sul é composta de plantões de 12 horas com 60 horas de descanso. Nestas 12 horas os profissionais não podem sair sequer para o almoço,

devendo alimentar-se em um ambiente destinado para tal. Entretanto, os participantes da discussão afirmaram que a “cozinha” não é apropriada por ficar em local de fácil acesso dos usuários. Um profissional relatou que é comum encontrar alimentos e água em geladeira destinada a medicamentos. Discutiu-se a possibilidade de permitir a saída dos trabalhadores pelo menos para alimentar-se, já que o ambiente hospitalar não é apropriado para tal.

A carga horária de trabalho, associada ao fato de que os profissionais de saúde, em sua maioria, possuem outros vínculos empregatícios, provoca esgotamento, o que contribui para a insalubridade e a tensão.

Levantou-se a necessidade de acompanhamento psicológico dos profissionais de saúde, ou seja, é preciso cuidar da saúde de quem cuida da saúde. Outro ponto apontado como prejudicial à saúde e segurança dos trabalhadores é a falta de reconhecimento por parte da instituição e por parte dos usuários, o que contribui para a precária integridade moral e psicológica dos colaboradores.

4.4.12 Tecnologia

A tecnologia é parte integrante dos ambientes de trabalho, facilitando e agilizando os processos produtivos. É difícil imaginar uma organização que não utilize tecnologia em sua produção.

A UPA Sul possui diversos equipamentos tecnológicos que contribuem para a prestação de serviço direta ou indiretamente. Entretanto, os profissionais ressaltaram que equipamentos e tecnologia não são indispensáveis, sendo que o recurso Humano extremamente relevante na prestação do serviço de saúde.

A discussão sobre a categoria Tecnologia trouxe à tona novamente a necessidade de treinamento para uso dos equipamentos e da tecnologia disponibilizada. É preciso capacitar os profissionais para o uso de computadores, sistemas e equipamentos utilizados no serviço de urgência e emergência. Como a maioria dos profissionais que atuam na UPA Sul são oriundos de Unidades Básicas de Saúde, que não dispõem de determinados equipamentos, precisam conhecer e aprender a utilizar esta tecnologia de maneira correta.

Argumentou-se que a aquisição de alguns equipamentos simples poderia agilizar e melhorar o atendimento ao usuário. Como exemplo os

profissionais citaram a autoclave para o setor odontológico e os termômetros digitais para a enfermagem.

4.4.13 Tempo de Ciclo

A determinação do tempo de ciclo permite que o processo produtivo seja controlado e melhorado de maneira mais efetiva, reduzindo tempos desnecessários e aumentando a capacidade de atendimento.

Ao apresentar a categoria Tempo de Ciclo os profissionais tiveram dificuldade em identificar tanto os ciclos como seus tempos. Afirmaram que os ciclos dependem da necessidade da demanda do usuário, e do profissional responsável pelo atendimento.

Concluiu-se, então, que os tempos de ciclo da UPA Sul não são conhecidos. Apontou-se novamente a criação dos protocolos de atendimento para que haja uma padronização dos tempos de ciclo. Outro aspecto que precisa ser alterado é a criação de um fluxo único de atendimento, pois atualmente o tempo no atendimento é prejudicado pelo inadequado fluxo do processo produtivo, especialmente prejudicado pelo layout da Unidade.

4.5 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: AS IDEIAS DE MELHORIA

Durante e após as discussões das assertivas de cada categoria os profissionais foram instigados a propor ideias de melhoria para os problemas levantados. Como atores da organização, eles estão aptos tanto a perceberem os problemas como também estabelecerem as soluções. Ao pensar não só nos problemas mas, principalmente, em como solucioná-los, o diagnóstico proposto neste instrumento pretende levar esses profissionais à reflexão de sua participação no processo de melhoria contínua.

Em vários momentos da aplicação deste instrumento esta reflexão levou à percepção de que eles também são responsáveis por parte dos problemas organizacionais, e como mudanças simples podem mudar a realidade da Unidade. Evidentemente, muitas melhorias necessárias dependem de instituições superiores, o que foge da alçada da Unidade.

A seguir são apresentadas as ideias de melhoria geradas nos três encontros com os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento Sul de Florianópolis.

CATEGORIAS	IDEIAS DE MELHORIA	FATORES DE PRÁTICA
CONTROLE DA PRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar capacitação para uso do Sistema InfoSaúde - Propor a inclusão dos setores de radiologia e transporte de ambulância no Sistema InfoSaúde - Padronizar o preenchimento dos controles 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento - Informação
DESEMPENHO OPERACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os profissionais para o atendimento de urgência e emergência - Implantar uma caixa de sugestões e críticas dos usuários na recepção - Realizar pesquisa de satisfação com os funcionários - Realizar reunião mensal com os setores 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento - Relacionamento com clientes - Integração
DESENVOLVIMENTO DE NOVOS PRODUTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Criar formas de reconhecimento para propostas inovadoras - Divulgar os profissionais, suas ideias de inovação e as melhorias obtidas com elas 	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionamento com clientes (internos) - Inovação
GESTÃO AMBIENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar e incentivar a coleta seletiva de lixo - Colocar pela UPA avisos que ressaltem a importância da economia de energia e água - Promover uma palestra de conscientização do uso racional dos recursos - Levar adiante projeto para descarte adequado dos filmes de raio-X - Verificar limpeza adequada da fossa 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade ecológica - Treinamento
INSTALAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar manutenções preventivas - Treinar os profissionais da limpeza para atuarem adequadamente na UPA - Solicitar mais profissionais de limpeza - Instaurar estacionamento exclusivo para os servidores 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção enxuta - Treinamento - Benchmarking

CATEGORIAS	IDEIAS DE MELHORIA	FATORES DE PRÁTICA
INVESTIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Investir na capacitação dos profissionais de todos os setores para atuação no serviço de urgência e emergência - Divulgar o fluxograma de atendimento da rede municipal de saúde, especialmente para as UBS 	- Treinamento
ORGANIZAÇÃO E CULTURA	<ul style="list-style-type: none"> - Criar jornal informativo da UPA para os usuários - Propiciar momentos (reuniões) para integração dos profissionais que atuam na UPA - Instalar placas na frente das saídas dos elevadores e escadas identificando ao usuário onde ele está (UPA ou Policlínica) e os atendimentos oferecidos naquele andar 	<ul style="list-style-type: none"> - Informação - Relacionamento com clientes (internos)
PLANEJAMENTO DA PRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar planejamento da UPA Sul, a partir da discussão dos profissionais das diversas categorias 	- Informação
PROGRAMAÇÃO DA PRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar protocolo de atendimentos - Promover capacitação para correta classificação de risco - Realizar estudo sobre falta de profissionais como gargalo de produção da UPA Sul 	<ul style="list-style-type: none"> - Informação - Treinamento
QUALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Promover capacitações constantes para os profissionais - Melhorar os controles - Promover reuniões regulares para discussão dos problemas de qualidade e suas soluções 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento - Informação
SAÚDE E SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer serviço de terapia de grupo e/ou acompanhamento psicológico individual aos profissionais de saúde - Avaliar horários de almoço e descanso 	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionamento com clientes (internos)

CATEGORIAS	IDEIAS DE MELHORIA	FATORES DE PRÁTICA
TECNOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar capacitação para o uso dos equipamentos específicos do serviço de urgência e emergência - Realizar levantamento para aquisição de equipamentos que facilitariam/melhorariam o atendimento prestado 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento - Tecnologia
TEMPO DE CICLO	<ul style="list-style-type: none"> - Definir o fluxo de atendimento - Elaborar protocolo de atendimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Informação

Quadro 8: Ideias de melhoria geradas pelos profissionais de saúde da UPA Sul durante a aplicação do instrumento - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

O quadro anterior resume as ideias geradas pelos profissionais, resultado da discussão das assertivas. Para cada categoria de análise os participantes eram instigados a, além de avaliar o diagnóstico da organização, refletir sobre os resultados e propor meios para melhorar os problemas encontrados. Estas ideias de melhoria são o ponto de partida para a elaboração de projetos visando melhorar os resultados organizacionais.

A terceira coluna, fruto da análise das ideias de melhoria, indica os fatores de prática envolvidos. Constatou-se que todos os fatores de prática estão contemplados nas sugestões dos profissionais, o que valida o pensamento de que essas práticas são os meios para a organização atingir os resultados esperados.

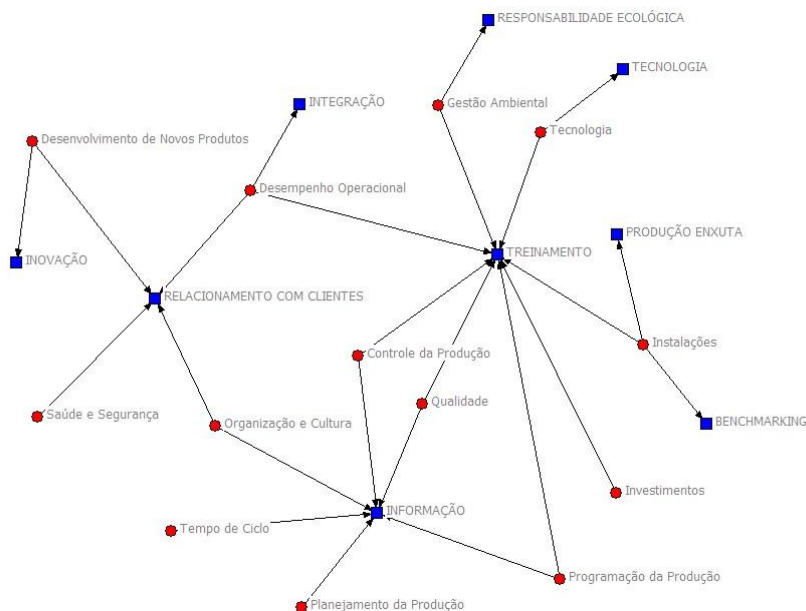


Figura 4- Fatores de prática e suas relações - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

NOTA: Os quadrados azuis representam os fatores de prática e os círculos vermelhos representam as categorias de análise. A figura permite visualizar os fatores que cada categoria indicou como práticas necessárias para a melhoria da Unidade.

Três fatores de prática despontaram como fundamentais para que a Unidade de Pronto Atendimento Sul consiga atingir seus resultados de melhoria: treinamento (8), informação (6) e relacionamento com clientes (4). Os demais fatores (integração, inovação, produção enxuta, tecnologia, benchmarking e responsabilidade ecológica) mostraram-se presentes, mas em menor intensidade (1).

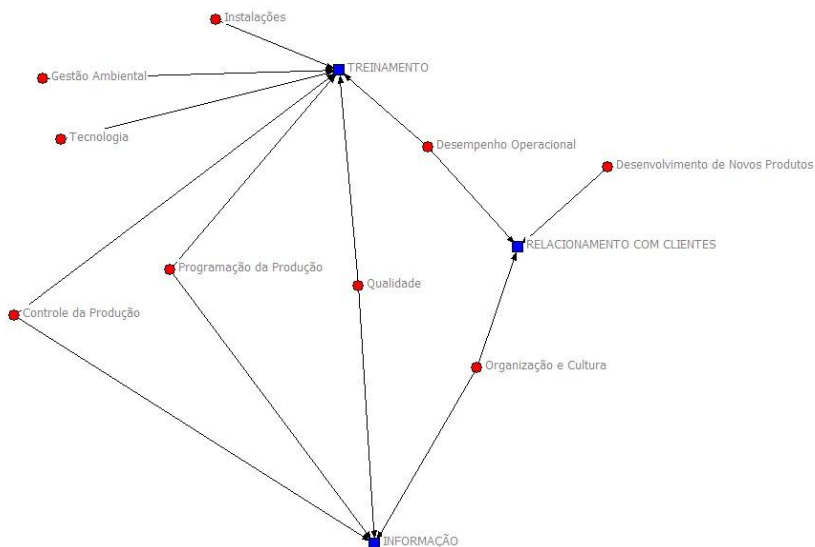


Figura 5 – Fatores de prática indicados para projetos - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

NOTA: Os quadrados azuis representam os fatores de prática e os círculos vermelhos representam as categorias de análise. A figura permite visualizar quais categorias indicaram os fatores de prática Treinamento, Informação e Relacionamento com Clientes como aqueles que carecem de projetos de melhoria.

A partir da identificação destes fatores foram elencadas as atividades necessárias para os projetos de melhoria da instituição. Entendendo a complexidade do Sistema de Saúde ao qual a UPA Sul está submetida, mas verificando que parte das melhorias podem ser realizadas pela própria Unidade, foram sugeridas atividades a serem realizadas pelos próprios profissionais, com o uso mínimo de recursos externos (Secretaria Municipal de Saúde).

O processo de desenvolvimento dos projetos deve seguir o princípio utilizado na aplicação do instrumento, em que a participação dos atores envolvidos proporciona maior discussão, a discussão gera o consenso sobre as prioridades de melhoria e o consenso reflete em comprometimento para a execução das ações propostas. Devido à dificuldade em reunir os profissionais da UPA Sul e ao pouco tempo para a elaboração desta dissertação, as atividades propostas a seguir foram discutidas somente com o coordenador da Unidade.

4.5.1 Projeto para o fator Treinamento

A capacitação foi uma das necessidades mais sentidas pelos profissionais, apontada como prática que fatalmente levaria a organização à melhoria. Donabedian (1993) apresenta o treinamento e a educação como os responsáveis pela melhoria da qualidade da *performance* dos profissionais de saúde. Entre as principais razões para a capacitação profissional estão:

- A percepção de que os profissionais da UPA Sul necessitam de maior capacitação para atuar em serviços de urgência e emergência;
- A dificuldade em preencher adequadamente o sistema InfoSaúde;
- A existência de equipamentos cujo uso adequado pode significar a diferença entre o bom e o mau atendimento;
- A padronização dos procedimentos;
- O baixo senso de valorização dos profissionais de saúde.

Kisil (1998) ressalta que os programas de treinamento devem promover a valorização das pessoas, o aumento da confiança e a ênfase na cooperação. O treinamento deve suprir a carência de conhecimento e melhorar as habilidades dos profissionais, e sua frequência dependerá das necessidades percebidas. Em uma organização de saúde o profissional bem treinado pode significar a recuperação da saúde do usuário.

Diante da importância e da necessidade percebida na Unidade de Pronto Atendimento Sul, propõe-se as seguintes ações:

AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Levantar as prioridades de treinamento	Colegiado	Abril 2011
Identificar os profissionais capacitados a ministrar treinamentos	Coordenação	Abril 2011
Solicitar ao departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde os treinamentos que não forem contemplados pelos profissionais da Unidade	Coordenador	Maio 2011
Verificar a possibilidade da realização de treinamento pelos fornecedores de equipamentos (desfibrilador, raio-X, eletrocardiograma, etc.)	Coordenação	Maio 2011

AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Programar os treinamentos do ano	Colegiado	Junho 2011
Divulgar, incentivar e reconhecer a participação dos profissionais nos treinamentos	Coordenação	Junho/Dezembro 2011
Realizar avaliações a cada treinamento	Colegiado	Junho/Dezembro 2011
RECURSOS NECESSÁRIOS: Reuniões regulares com os profissionais; Verificação dos materiais necessários a cada treinamento; Protocolo de atendimento.		

Quadro 9: Atividades de projeto para o fator de prática treinamento - 2011
 Fonte: Moreira, F.K.

Parte dos treinamentos pode ser ministrado pelos próprios profissionais da Unidade, bastando para isso uma motivação e organização para que a capacitação aconteça. É importante ressaltar que a criação do protocolo de atendimento que está em andamento é fundamental para que os treinamentos sejam planejados, proporcionando um padrão de qualidade no atendimento.

Outro ponto a destacar é que todos os setores necessitam de capacitação, desde o setor administrativo até os profissionais de saúde. A complexidade da UPA Sul não permite que apenas algumas categorias de profissionais sejam capacitadas, correndo-se o risco de a capacitação não surtir nenhum efeito caso assim não se proceda. Um processo de Educação Permanente seria ideal para garantir a capacitação e o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais de saúde.

4.5.2 Projeto para o fator Informação

A informação é considerada como um fator determinante da competitividade organizacional. Lima, Martins e Imanime (2008) consideram que a disseminação de informações é extremamente relevante para a melhoria da qualidade das organizações de saúde. Essa disseminação deve ser estimulada por ações e discussões que possibilitem a construção de melhores processos organizacionais.

Na UPA Sul o principal meio de disseminação da informação é através do sistema InfoSaúde da Secretaria Municipal da Saúde. É através deste sistema que as informações sobre os pacientes circulam e também a produtividade dos profissionais é avaliada, além de ser o mecanismo que a Secretaria da Saúde dispõe de controlar os

atendimentos prestados, informações importantes tanto para a utilização no planejamento da saúde do Município e quanto na busca por recursos junto ao Ministério da Saúde.

Outros aspectos da Informação da UPA Sul são aqueles relacionados ao real objetivo das Unidades de Pronto Atendimento, ainda confuso para outros profissionais da rede de saúde, o que tem acarretado problemas para a Unidade e sobrecarga na demanda. O desconhecimento dos casos a serem encaminhados para a UPA e a falta de um protocolo de atendimento foram apontados como os maiores problemas de informação da Unidade.

Várias ideias de melhoria foram levantadas para minimizar os problemas gerados pelas informações incorretas e/ou incompletas. Apresenta-se a seguir as atividades relacionadas a estas ideias de melhoria.

AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Divulgar o fluxo de atendimento da rede municipal de saúde através de cartazes na Unidade	Coordenação	Abril 2011
Melhorar o painel informativo dos funcionários, uniformizando as informações e atualizando-as com frequência	Coordenação	Abril 2011
Criar um documento a ser divulgado eletronicamente para as Unidades de Saúde do Município com o fluxo de atendimento da rede de saúde	Colegiado	Mai 2011
Padronizar o preenchimento das informações no InfoSaúde	Colegiado	Mai 2011
Realizar reuniões periódicas com os setores	Coordenador	Abril/Dezembro 2011
Realizar reuniões regulares do colegiado	Colegiado	Abril/Dezembro 2011
RECURSOS NECESSÁRIOS: Divulgação eletrônica; Criatividade.		

Quadro 10: Atividades de projeto para o fator de prática informação - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

O fator Informação será fortemente alavancado quando o planejamento da Unidade estiver concluído. Este processo iniciou-se com a aplicação deste instrumento e deve prosseguir com a metodologia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde, o *Balanced Score Card*. A conclusão do planejamento está prevista para o mês de maio de 2011. Vale ressaltar que o instrumento proposto servirá como metodologia

adicional para o planejamento, enriquecendo o processo com uma visão diferenciada e com a proposta da discussão como mecanismo fundamental para o processo.

4.5.3 Projeto para o fator Relacionamento com Clientes

Em organizações de serviço de saúde o relacionamento com o cliente é tão estreito que o resultado do atendimento é o próprio paciente. Além disso, o profissional – cliente interno da organização – é o grande diferencial competitivo, do qual depende o sucesso do processo saúde-doença. O Ministério da Saúde tem estimulado a criação de vínculos entre os profissionais e a população, enfatizando a necessidade de que usuários e profissionais de saúde estejam satisfeitos com a prestação do atendimento (BRASIL, 2004).

A discussão do instrumento apontou uma carência no conhecimento e atendimento das necessidades tanto dos usuários como dos profissionais de saúde, o que tem gerado insatisfação e redução da qualidade na prestação do serviço. Diante desta constatação, algumas providências são sugeridas.

AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Implantar caixa de sugestões e críticas dos usuários na recepção da Unidade	Coordenação	Abril 2011
Criar e implantar pesquisa de satisfação dos funcionários	Coordenação	Abril 2011
Estimular o registro de boas práticas dos profissionais no livro	Colegiado	Maió 2011
Incentivar o encontro entre os profissionais para integração da Unidade	Colegiado	Maió 2011
Discutir e determinar regras internas de conduta	Colegiado	Junho 2011
RECURSOS NECESSÁRIOS: Formulário para críticas e sugestões dos usuários; Caixa para depósito das avaliações dos usuários; Formulário para avaliação dos profissionais de saúde.		

Quadro 11: Atividades de projeto para o fator de prática relacionamento com clientes - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

As atividades relacionadas à prática Relacionamento com Clientes são relativamente simples, mas surtem efeitos positivos. É sabido que aos usuários é disponibilizado o serviço de ouvidoria do

Município de Florianópolis pelo e-mail ouvidoria@pmf.sc.gov.br ou pelo telefone (48) 3251-6400. Entretanto, a maior parte dos usuários não utiliza estes canais, o que poderia ser facilitado se o mesmo tivesse à sua disposição um formulário, caneta e um lugar para depositar suas opiniões na própria Unidade. Outro fator motivador da caixa de sugestões e críticas dos usuários é que a Unidade terá acesso imediato sobre estas informações, podendo atuar com maior rapidez.

Os profissionais de saúde também sentem a necessidade de expor suas opiniões. Criar mecanismos que permitam que os mesmos façam isso de maneira formal permite à organização conhecer e entender seus recursos humanos, diminuindo os “ruídos de bastidores” e as informações distorcidas pelo “telefone sem fio”. Trata-se de um canal direto do profissional com a coordenação, que deve responder no menor tempo possível a fim de demonstrar interesse pelo profissional e pela melhoria da Unidade.

4.5.4 Outros projetos

A discussão gerada nos três encontros com os profissionais, bem como a conversa com o coordenador vislumbraram outros projetos que podem ser implantados pela própria Unidade e que contribuiriam para a melhoria da organização.

AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO
Implantar separação do lixo comum do lixo hospitalar	Coordenação e todos os funcionários	Abril 2011
Conscientizar os profissionais e os usuários sobre a importância da utilização correta de recursos como energia elétrica e água	Coordenação e todos os funcionários	Abril 2011
Criar planilha de controle de manutenção	Coordenação	Mai 2011
RECURSOS NECESSÁRIOS: Latões de lixo identificados para separação do lixo; Cartazes de conscientização do uso de energia e água.		

Quadro 12: Atividades de projeto para outros fatores de prática - 2011

Fonte: Moreira, F.K.

São projetos bastante simples, mas que certamente surtirão efeitos positivos. A organização precisa iniciar um processo interno de melhoria contínua, seguido de ações da esfera municipal para que o

atendimento ao usuário seja o melhor possível e que os profissionais de saúde sintam-se satisfeitos e motivados a executar suas atividades.

O canal aberto através da aplicação deste instrumento não deve ser fechado, permitindo que novas ideias emanem à medida que a organização repense seus processos. A melhoria em um fator de prática fatalmente refletirá nos diversos resultados esperados pela organização, derivando um processo de melhoria gradual e contínua.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O olhar da administração voltado para a complexidade das organizações possibilita uma análise organizacional que contempla todas as relações existentes e vislumbra como o emaranhado de subsistemas contribui para a realidade organizacional. Esta visão tem emergido uma lógica de organização capaz de aprofundar questões através da discussão dos conceitos produzidos pela teoria da complexidade (SERVA, 1992).

Esta pesquisa buscou desenvolver uma metodologia de avaliação dos processos produtivos das organizações de saúde. Para atingir este objetivo foi proposto um instrumento de coleta fundamentado nas relações complexas existentes nas organizações, que possibilite a discussão destas relações e a geração de um diagnóstico organizacional discursivo com geração de ideias de melhoria. Trata-se de uma adaptação do instrumento desenvolvido pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos (NIEPC), abrigado no Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

O instrumento é composto de 65 assertivas que representam as relações existentes entre 13 categorias de análise (Controle da Produção, Desempenho Operacional, Desenvolvimento de Novos Produtos, Gestão Ambiental, Instalações, Investimentos, Organização e Cultura, Planejamento da Produção, Programação da Produção, Qualidade, Saúde e Segurança, Tecnologia, Tempo de Ciclo) e 5 fatores de resultado (Confiabilidade, Custos, Flexibilidade, Qualidade e Rapidez). Tanto as categorias de análise como os fatores são fruto de pesquisas do NIEPC no Portal Capes, buscando os fatores que levam as organizações a serem mais competitivas.

A fim de adaptar o instrumento para as organizações de saúde e melhorar os resultados de sua aplicação, ressaltou-se a participação dos atores envolvidos, os quais possibilitam uma análise organizacional mais aprofundada e participativa. Também foi realizada a contextualização das categorias de análise ao setor de saúde, que possui características bastante peculiares.

A escolha do estudo de caso levou em consideração a importância que o Governo Federal tem reservado para as Unidades de Pronto Atendimento, estruturas criadas há pouco tempo para atender os casos de média complexidade. Além disso, o pequeno número de estudos

organizacionais em instituições públicas foi outro fator motivador para esta escolha.

Para a aplicação do instrumento foram convidados os representantes de todas as categorias profissionais atuantes na UPA Sul, 12 categorias no total, que compõem o colegiado recém-criado da Unidade. Infelizmente, nem todos os profissionais foram representados, e a participação nos três encontros necessários ao preenchimento e discussão do instrumento foi decrescente – 11, 7 e 3 – fato este que chamou a atenção para a dificuldade em reunir estes profissionais, quer seja pelos horários de plantão na Unidade, pela existência de outros vínculos trabalhistas, ou outros motivos não explícitos.

Após a leitura e explicação da categoria e suas relações com os fatores de resultado, os profissionais foram instigados a discutir a realidade organizacional exposta nas assertivas e avaliar a instituição com uma nota em escala *Likert*, em que a nota 1 identificava o cenário péssimo e a nota 5 o cenário ótimo. Além de classificar a organização em um cenário, os profissionais eram estimulados a entender as relações complexas existentes nesta realidade, além de propor ideias de melhoria para os problemas encontrados.

O resultado da aplicação foi um diagnóstico organizacional que aponta para a necessidade de diversas melhorias, em que 63,07% das relações não contribuem para uma prestação de serviços adequada. Fatores importantes em uma Unidade de Pronto Atendimento apresentaram média de resultados abaixo do esperado. Exemplos desta constatação foram:

- O fator Rapidez, fundamental para um serviço de urgência e emergência, com nota média de 2,54;
- O fator Confiabilidade, necessário ao atendimento de saúde, com nota média de 2,46;
- O fator Custos, importante para todas as organizações, especialmente as que se utilizam de dinheiro público, com nota média de 2,00.

Algumas categorias de análise necessitam de ações urgentes, pois apresentaram cenário péssimo em todas as assertivas. São elas Desempenho Operacional, Gestão Ambiental e Planejamento da Produção. Estas categorias não contribuem para o alcance de nenhum dos cinco resultados, e chamam a atenção para a implantação de projetos de melhoria.

Os resultados obtidos na categoria Desempenho Operacional não sinalizam um desempenho operacional insatisfatório, mas uma ausência

de controle sobre o desempenho dos profissionais. Falta de metas claras e avaliação do desempenho foram apontados como fatores que desestimulam a melhoria no desempenho das atividades. Motta (2001) ressalta a importância de estabelecer metas e monitorá-las para que se consiga o máximo de valor em qualidade com o mínimo de esforço e custo.

Ao monitorar os resultados do desempenho operacional, aumenta-se a responsabilidade dos profissionais e obtém-se uma gestão controlada, com informações capazes de melhorar o processo produtivo, já que conhecer as deficiências da organização é o primeiro passo para acompanhar, modificar e melhorar o desempenho operacional (MOTTA, 2001).

A categoria Gestão Ambiental chamou a atenção pelo resultado negativo, especialmente pela constatação que na Unidade não existe a separação do lixo comum, sendo todos os resíduos vendidos como lixo hospitalar. Nem mesmo a aprovação de uma legislação municipal que puna empresas e moradores que não realizarem a separação do lixo foi motivação para que esta separação ocorresse na UPA Sul. Atenção especial deve ser dada a esta categoria, tanto pela questão ambiental envolvida como pelo custo gerado pela venda de lixo comum como lixo hospitalar.

Dadas as discussões e ações cada vez mais frequentes em relação ao meio ambiente, não se concebe mais uma organização que não se preocupe com a responsabilidade ecológica. Organizações de saúde, particularmente, precisam buscar ações proativas em prol da gestão ambiental, especialmente através de programas de tratamento, redução e reciclagem do lixo hospitalar, além de uma utilização ambientalmente responsável das suas instalações (TACHIZAWA, 2009). Conscientização e treinamento dos profissionais e da população, bem como estudos para a redução dos resíduos hospitalares, são também uma questão de saúde pública.

A necessidade de Planejamento já foi percebida pela Secretaria Municipal de Saúde que, a partir deste ano, passou a desenvolver esta atividade junto às Unidades. Os resultados obtidos com a aplicação deste instrumento serão utilizados para o planejamento da UPA Sul, juntamente com o método escolhido pela Secretaria, o *Balanced Score Card*. Profissionais e coordenação consideraram o instrumento aplicado neste estudo de fácil aplicação, e as discussões geradas permitiram uma integração entre os setores e o início do processo de planejamento da Unidade.

Kuschnir, Chorny e Lira (2010) ressaltam que é fundamental a identificação dos atores sociais que elaborarão o planejamento, pois deles dependerá a definição dos objetivos e das metas, e as estratégias a serem adotadas. Ressaltam também que comumente utilizam-se diversas metodologias de planejamento, dependendo de quem planeja e do momento em que o planejamento será realizado.

Entretanto, para as organizações de saúde algumas premissas precisam ser respeitadas: (1) o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde; (2) o plano deve ser um instrumento flexível; e (3) o plano deve ser exequível do ponto de vista técnico quanto político, guardando relação com a realidade. Estes três pontos são fundamentais para a elaboração de um planejamento de saúde capaz de atender as necessidades da sociedade (KUSCHNIR, CHORNY, LIRA, 2010).

As ideias de melhoria propostas pelos profissionais durante a aplicação do instrumento apontaram o Treinamento, a Informação e o Relacionamento com os Clientes como os fatores de prática que mais influenciariam a melhoria do processo produtivo. O aumento no nível de capacitação dos profissionais foi apontado pelos participantes como uma prática que fatalmente resultaria em melhoria do processo.

Os objetivos organizacionais são alcançados através das pessoas, que precisam ser valorizadas e capacitadas para executar com eficiência suas funções. A informação hoje é considerada como um recurso extremamente relevante para o alcance dos objetivos organizacionais, sendo facilitada pela tecnologia de informação e comunicação. E, sabendo-se que toda organização existe para satisfazer seus clientes usuários, manter um bom relacionamento com eles é o princípio de uma organização de excelência (PIANA, 2009).

O preenchimento correto do sistema InfoSaúde, bem como a inclusão de informações que ainda não constam no sistema, como atendimentos do setor de raio-X e deslocamento da ambulância, despontaram como práticas que também melhorariam o atendimento. O InfoSaúde serve de base também para o dimensionamento do serviço, bem como o custeio dos procedimentos realizados. A falta de controle destes índices prejudica resultados como a Rapidez, a Confiabilidade e a Qualidade da prestação do serviço. É o controle que fornece subsídios para avaliar e melhorar a organização como um todo (KISIL, PUPO, 1998).

A deficiência no Relacionamento com os Clientes manifestou-se como um fator desmotivador para os profissionais de saúde. Entender as necessidades, anseios e opiniões dos clientes externos (usuários) e internos (profissionais) permite que a organização cumpra seu real

objetivo que é o atendimento aos usuários com qualidade e rapidez. Criar mecanismos que permitam que tanto o usuário como o profissional de saúde sejam ouvidos aproxima a organização de seu público e possibilita a adequação do sistema produtivo às necessidades, sempre que possível.

A complexidade da rede em que a UPA Sul está inserida limita sua autonomia em implantar muitas das ideias de melhoria propostas durante a aplicação do instrumento. Muitas melhorias dependem de órgãos superiores, especialmente da Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, muitos projetos simples podem e devem ser desenvolvidos pela própria Unidade, pois seguramente surtirão efeitos positivos.

Por este motivo este trabalho propôs apenas projetos que podem ser aplicados pela própria Unidade. São projetos simples e de baixíssimo custo, mas que certamente refletirão em melhoria na prestação dos serviços, tanto para os profissionais quanto para os usuários. Além disso, a discussão da realidade organizacional da UPA Sul permitirá que esta solicite melhorias à Secretaria Municipal de Saúde de maneira mais organizada, consistente e comprovada. As informações já coletadas permitem que outros projetos sejam gerados e encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, que poderá inclusive estendê-los a UPA Norte e a outras Unidades de Saúde do Município.

Vale salientar que os projetos apresentados aqui não foram discutidos com o colegiado da Unidade devido à dificuldade em reuni-los e ao pouco tempo para o término dessa dissertação. Todavia, este não é o modelo ideal. O melhor caminho para elaborar os projetos, definir prioridades, prazos e responsabilidades e obter o engajamento da equipe é discutir com os profissionais que participaram da elaboração do diagnóstico.

Agostinho (2003) aponta a cooperação como fator crítico para organizações que pretendam aproveitar o conhecimento de seus atores para a melhoria do desempenho organizacional. Além disso, a cooperação proporciona maior aderência aos projetos, pois a discussão dos mesmos por vários atores envolvidos permite a exposição de prós e contras, chegando-se ao objetivo da cooperação que é o alcance de objetivos de todos. A autora ressalta ainda que a cooperação deve ser um processo durável, e não um evento isolado.

Durante a aplicação do instrumento era frequente a descoberta, pelos participantes, da inter-relação entre as categorias e os fatores, confirmando a complexidade existente entre os setores da organização. Outra percepção foi a necessidade e a importância da participação dos atores em discussões sobre a realidade organizacional, e como essas

discussões desembocavam na busca por soluções conjuntas de melhoria. Estas percepções corroboram para com a Teoria da Complexidade, que possibilita tanto o entendimento da dinâmica organizacional como o diálogo com a turbulência, permitindo o aproveitamento destas relações (BAUER, 1999).

O *feedback* de vários profissionais e os resultados obtidos com a aplicação do instrumento proposto permitem afirmar que o objetivo de desenvolver um método de avaliação de organizações de serviços de saúde, baseado nas relações complexas e na participação dos atores envolvidos foi alcançado. Este instrumento permitiu a UPA Sul não só avaliar sua realidade organizacional, como também discuti-la a partir da visão dos profissionais da instituição, e dar início a um processo de planejamento e melhoria que deve ser constante.

Cabe ressaltar que o instrumento, apesar de ser respondido pelos profissionais da organização, requer a participação de um consultor externo, tanto para esclarecer dúvidas como para direcionar e estimular as discussões. Sugere-se aplicar este instrumento periodicamente, como forma de reavaliar a organização e possibilitar a discussão dos processos produtivos e dos projetos de melhoria.

Trabalhos futuros podem ser desenvolvidos com base nas descobertas geradas por este trabalho, tal como um estudo comparativo entre a UPA Sul e a UPA Norte a partir da aplicação do instrumento nas duas instituições. Estudos comparativos da aplicação do instrumento em instituições pertencentes a outros níveis de atenção à saúde também poderão ser realizados.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M.C.E. Administração Complexa: revendo as bases científicas da administração. **RAE eletrônica**, São Paulo: v.1, n.2. jan-jun, 2003. Disponível em: <http://www.rae.com.br/artigos/1254.pdf>, acesso em: 29 set. 2008.

AGUILAR, M.J., ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

AZEVEDO, C.S.; BRAGA NETO, F.C.; SÁ, M.C. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, pp. 235-247, jan.-fev., 2002.

BARBETTA, P.A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 7. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008.

BARNARD, C.I. **As funções do executivo**. São Paulo: Atlas, 1971.

BAUER, R. **Gestão da mudança: caos e complexidade nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1999.

BERNARDINI, S.M.E. **Sistemas de Gestão Ambiental (ISO 14001) e Saúde de Segurança Ocupacional (OHSAS 18001)**. São Paulo: Atlas, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm, acesso em 28 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde,

1990(a). Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>, acesso em 03 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990(b). Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm, acesso em: 03 fev. 2010.

BRASIL. **Emenda Nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 14 de set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm, acesso em 28 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002 (a). Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf, acesso em 28 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.101**, de 13 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (b). Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%202002.pdf>, acesso em: 28 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html, acesso em 01 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf, acesso em: 26 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.097**, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/cpa/PortariaGM1097.pdf>, acesso em: 28 dez. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>, acesso em: 26 jul. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: CONASEMS, 2009 (a). 477p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf, acesso em: 03 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**: O que é o SUS.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=921,
acesso em: 03 fev. 2010 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**: UPAs. Disponível em:

http://189.28.128.100/portal/saude/area.cfm?id_area=1465, acesso em:
03 fev. 2010 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNESnet**. Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4205405989442, acesso em: 03 fev. 2010 (c).

BRASIL. Casa Civil. **Lei Nº 12.305**, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2010 (d). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112305.htm, acesso em 01 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde. Notícias**:

Atendimento em tempo adequado será obsessão da nova gestão na Saúde. Brasília, 03 jan. 2011 (a). Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12051, acesso em 04 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**: Sistema de Programação Pactuada e Integrada-SisPPI. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24472&janela=1, acesso em: 04 jan. 2011 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde: Gestão do Trabalho**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013, acesso em: 04 jan. 2011 (c).

CESCONETO, A.; LAPA, J.S.; CALVO, M.C.M. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 24, p. 2407-2417, out.2008.

CORRÊA, H.; GIANESI, I. G. **Administração Estratégica de Serviços: operações para satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 1994.

COSTA, M.B.S.; SALAZAR, P.E.L. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.487-494, out.-dez. 2007.

CRUZ JÚNIOR, J.B. Organização e Administração de entidades públicas: Aspectos Econômicos, Políticos e Sociais de um Paradigma Emergente. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, v. 22 n. 3, pp. 3-21, jul./set. 1988.

DAL POZ, M.R.; VARELLA, T.C.; PIERANTONI, C.R. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. **Series Human Resources Development**, Washington, USA, v. 10, p. 1-23, 1998.

DEMO, P. **Complexidade e aprendizagem: a dinâmica não linear do conhecimento**. São Paulo: Atlas, 2002.

DONABEDIAN, A. **Seminar on quality assessment and assurance**. São Paulo: EAESP/FGV, 1993.

ERDMANN, R.H. **Administração da Produção: planejamento, programação e controle**. Florianópolis: Editora Papa Livro, 2007.

ETZIONI, A. **Organizações modernas**. São Paulo: Pioneira, 1976.

_____. **Organizações complexas**: estudo das organizações em face dos problemas sociais. São Paulo: Atlas, 1978.

FAYOL, H. **Administração Industrial e Geral**. São Paulo: Atlas, 1978.

FEDOZZI, L. A nova teoria de sistemas de Niklas Luhmann: uma leitura introdutória. In: NEVES, C.E.B.; SAMIOS, E.M.B. **Niklas Luhmann**: a nova teoria dos sistemas. Porto Alegre: UFRGS, 1997.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M.J. **Administração de serviços**: operações, estratégia e tecnologia de informação. 2.ed. São Paulo: Bookman, 2000.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde**: Saiba quando buscar atendimento nas UPAs 24 horas. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=notpagina&menu=3¬i=729>, acesso em: 08 fev. 2010.

FOLLETT, M.P. **Creative Experience**. Boise, ID, EUA: Mary Parker Follett Foundation. Disponível em: <http://link.library.utoronto.ca/booksonline/digobject.cfm?Idno=99002019>, acesso em: 02 jan. 2011.

GAITHER, N.; FRAZIER, G. **Administração da produção e operações**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

GIL, A.C. **Gestão de Pessoas**: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas, 2006.

GRAVE, P. S.; SEIXAS, R. A. Diagnóstico organizacional: elementar, meu caro Administrador. In: **IX ENANGRAD**, Itu-SP, 1998. Disponível em

http://www.angrad.org.br/area_cientifica/artigos/diagnostico_organizational_elementar_meu

_caro_administrador/479/. Acesso em 22 de junho de 2009.

GUTIERREZ, G. L. **Gestão comunicativa**: maximizando criatividade e racionalidade: uma política de recursos humanos a partir da teoria de Habermas. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

HANSON, P.; VOSS, C. Benchmarking best practice in European manufacturing sites. **Business Process Re-engineering & Management Journal**, v. 1, n. 1, p. 60-74, 1995.

HELLMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KISIL, M.; PUPO, T.R.G.B. **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.

KUNZLER, C. M. A Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, n. 16, p. 123-136, 2004. Disponível em: http://www.fclar.unesp.br/soc/revista/artigos_pdf_res/16/07kunzler.pdf, acesso em: 24 jun. 2009.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

LIMA, C. R. M. **Administração da assistência suplementar à saúde**. Rio de Janeiro: E-papers, 2005.

_____. **Avaliação da qualidade das organizações de cuidados da saúde das pessoas com HIV/AIDS**. Doutorado (Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.

LIMA, C. R. M., LIMA, C. R. M. Avaliação custo-eficácia das intervenções de organizações de Saúde. São Paulo: EAESP/FGV, **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 2, p. 62-73, abr.-jun. 1998.

LIMA, C. R. M.; MARTINS, J. A.; IMANIME, R. Informação e discussão para melhoria da qualidade dos processos em organizações de saúde. São Paulo: **Anais do IX ENANCIB**, 2008.

LIMA, C. R. M.; SILVEIRA, A.L.; MARTINS, J.A.; CARVALHO, L.S. Agir comunicativo, colaboração e complexidade nas organizações. **Datagramazero**: Revista da Ciência da Informação, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1-18, jan. 2009. Disponível em: <http://dgz.org.br/jun09/Art_06.htm>. Acesso em: 07 jul. 2010.

LINS, S.L.B. Dimensões Básicas de Análise das Organizações. **Revista de Administração da UNIMEP**, Piracicaba-SP, v. 5, n. 3, p. 50-67, 2007. Disponível em: <http://raunimep.com.br/ojs/index.php/regen/article/view/4>, acesso em: 24 mai. 2009.

LUHMANN, N. Por que uma “teoria dos sistemas?” In: NEVES, C. E. B.; SAMIOS, E. M. B. **Niklas Luhmann**: a nova teoria dos sistemas. Porto Alegre: UFRGS, 1997 (a).

_____. Novos desenvolvimentos na teoria dos sistemas. In: NEVES, C. E. B.; SAMIOS, E. M. B. **Niklas Luhmann**: a nova teoria dos sistemas. Porto Alegre: UFRGS, 1997 (b).

MAGAJEWSKI, F.R.L.; ANDRADE, S.R.; CALVO, M.C.M. **Gestão e avaliação na estratégia saúde da família**. (Recurso eletrônico). Florianópolis: UFSC, 2010.

MALIK, A.M. **Avaliação, qualidade, gestão**: para trabalhadores da área da saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC, 1996(a).

_____. Qualidade de serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos Fundap**. n 19, p. 7-24, janeiro-abril 1996(b).

_____. Competitividade e as organizações de saúde. Debates Saúde. São Paulo, **Revista da Saúde da FGV-EAESP**, n. 6, jan-jun/2009.

MARY PARKER FOLLETT FOUNDATION. **Mary Parker Follett**. Disponível em: <http://www.follettfoundation.org/mpf.htm>, acesso em 02 jan. 2011.

MARTINS, P.G.; LAUGENI, F.P. **Administração da produção**. São Paulo: Saraiva, 2006.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: J.C.Mezomo, 1995.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOREIRA, D.A. **Administração da Produção e Operações**. São Paulo: Thompson Learning, 2006.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3.ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MOTTA, P.R. **Desempenho de equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2001.

NASSAR, M.R.F. O papel da comunicação nas organizações de saúde: oportunidades e desafios. Brasília: **Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 2006.

NAHAS, M.V., RABACOW, F.M., PEREIRA, S.V., BORGATTO, A.F. Reprodutibilidade de uma escala para avaliar a percepção dos trabalhadores quanto ao ambiente e às condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 34, p. 179-183, 2009.

NEVES, C. E. B; NEVES, F. O que há de complexo no mundo complexo? Niklas Luhmann e a Teoria dos Sistemas Sociais. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 15, p. 182-207, 2006. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/geu/O%20que%20de%20complexo.pdf>, acesso em: 10 abr. 2009.

PERROW, C. **Análise organizacional**: um enfoque sociológico. São Paulo: Atlas, 1976.

PIANA, J. **Geração de competitividade nas organizações**: um subsídio para o desenvolvimento de diagnósticos complexos. 2009. 79 f. Monografia (Graduação) - Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RAMOS, A.G. **A nova ciência das organizações**: uma reconceitualização da riqueza das organizações. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1989.

RIVERA, F.J.U. Comunicação e liderança comunicativa. In: RIVERA, F.J.U. **Agir Comunicativo e Planejamento Social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade método lógica e agir comunicativo. Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v 4, p. 355-366, 1999.

RODRIGUEZ, D.; ARNOLD, M. **Sociedad y teoría de sistemas**. Santiago: Universitária, 1991.

SANCHES, T.P. **Fatores da produção complexa**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em Administração. Florianópolis, 2009.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema Único de Saúde - SUS**: legislação básica. Secretaria de Estado da Saúde, 2. ed., Florianópolis: SES, 2002.

SANTOS, T.C.M.M. et al. Importância da implantação de um sistema de informação em Instituições de saúde pública. In: **VII Encontro Latino Americano de Pós Graduação**, São José dos Campos: UNIVAP, 2007.

SCHULZ, A.A. **Relações complexas na administração da produção**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em Administração. Florianópolis, 2008.

SCHMENNER, R.W. **Administração de operações em serviços**. São Paulo: Futura, 1999.

SERVA, M. O paradigma da complexidade e a análise organizacional. **Revista de Administração de Empresas (RAE)**, São Paulo, p. 26-35, abr.-jun., 1992.

SILVA, A.B.; REBELO, L.M.B. As implicações do pensamento complexo na análise organizacional. Rio de Janeiro: **Anais do XXXI EnANPAD**, 2007.

SILVA, A.M. Dinâmica da produtividade do setor de serviços no Brasil: uma abordagem microeconômica. In: DE NIGRI, J.A.; KUBOTA, L.C. **Estrutura e Dinâmica do Setor de Serviços no Brasil**. Brasília: IPEA, p. 73-105, 2006.

SILVEIRA, A.M.O.L. **Ferramenta de diagnóstico para organizações complexas**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em Administração. Florianópolis, 2010.

SILVEIRA, A.M.O.L.; PIANA, J.; MARTINS, J.A.; ERDMANN, R.H. Complexidade e diagnóstico organizacional. In: **XXIX ENEGEP**, 2009, Salvador - BA. XXIX ENEGEP, Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Rio de Janeiro: Abepro, v. 1. p. 1-12, 2009.

SIMON, H. **Comportamento Administrativo**: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1979.

SLACK, N. et al. **Administração da Produção**. São Paulo: Atlas, 1999.

SOUR, R.H. Formas de gestão: o desafio da mudança. **RAE**, São Paulo, v. 34, p. 31-45, jul./ago. 1994.

STELLMAN Jeanne Mager. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety, **International Labour Office**, Geneva, 1998.

STEVENSON, W. J. Administração das Operações de Produção. 6 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

TACHIZAWA, T. **Gestão ambiental e responsabilidade social**: estratégias de negócios focada na realidade brasileira. São Paulo: Atlas, 2009.

TACHIZAWA, T.; CRUZ JÚNIOR, J.B.; ROCHA, J.A.O. **Gestão de negócios**: visões e dimensões empresariais da organização. São Paulo: Atlas, 2006.

TAYLOR, F.W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1953.

TOFFLER, A. **A empresa flexível**. Rio de Janeiro: Record, 1985.

TORO RESTREPO, J.E. **Hospital & Empresa**. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2000.

VALLE, C.E. **Qualidade ambiental**: ISO 14000. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

VERDI, M.; COELHO, E.B.S. Sistema Único de Saúde: um direito de todos e dever do Estado. In: VERDI, M.; BOEHS, A.E.; ZAMPIERI, M.F.M. **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. p. 60-74.

APÊNDICE A - Instrumento Aplicado

CONTROLE DA PRODUÇÃO				
A função controle tem como objetivo garantir que as atividades ocorram dentro do previsto, identificando e corrigindo falhas, permitindo uma prestação de serviços mais adequada às necessidades dos usuários.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: Processos produtivos controlados permitem informações mais confiáveis	Os processos produtivos não são controlados.	Os controles fornecem todas as informações necessárias ao perfeito atendimento ao usuário.	
	Custo: O controle da produção permite o acompanhamento adequado da utilização dos recursos, identificando pontos de desperdício. O ato de controlar pode inibir o uso inadequado dos recursos, reduzindo custos.	Não há controles para a verificação dos custos gerados no decorrer do processo produtivo.	Os controles existentes verificam os custos gerados no decorrer do processo produtivo.	
	Flexibilidade: Ao ter o controle dos processos produtivos a organização percebe demandas não atendidas e pode adequar o processo de forma a atender as diferentes necessidades dos usuários.	A organização não se preocupa em controlar se o processo produtivo está ou não adequado às demandas dos usuários.	Os controles existentes permitem analisar se as demandas dos usuários estão sendo devidamente atendidas.	
	Qualidade: Ao controlar a produção a organização torna-se mais eficaz em identificar falhas e pontos passíveis de melhoria, elevando consequentemente a qualidade do processo produtivo.	A falta de controles não permite uma atuação na melhoria do processo, pois não se sabe onde se deve melhorar.	Os controles fornecem informações sobre as falhas e os pontos a melhorar no processo produtivo.	
	Rapidez: O controle permite que a organização tenha informações constantes a respeito do seu processo produtivo, o que acelera a prestação do serviço.	Não existem controles ou eles são preenchidos de maneira incorreta / incompleta.	Há controles adequados e os mesmos são preenchidos de forma completa.	
Ideias de melhoria				

DESEMPENHO OPERACIONAL				
Processos produtivos bem dimensionados geram resultados satisfatórios. A organização sempre busca melhorias no seu desempenho como forma de atingir suas metas.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: Acompanhar o desempenho organizacional possibilita que a organização atue rapidamente nos aspectos negativos, o que gera processos com menor chance de problemas, ou seja, mais confiáveis.	Não há acompanhamento do desempenho dos profissionais.	Há acompanhamento periódico do desempenho dos profissionais.	
	Custo: Melhorar o desempenho operacional implica em buscar meios/processos mais eficazes, ou seja, o aumento da produtividade, que resulta em melhor aplicação dos recursos disponíveis.	O desempenho operacional insatisfatório não é visto como um fator que eleva os custos da organização.	A organização preocupa-se em melhorar constantemente o desempenho operacional.	
	Flexibilidade: Verificações de satisfação buscam aprimorar processos e resultados e auxiliam na diversificação das atividades de execução.	Não são realizadas pesquisas de satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado.	São realizadas pesquisas periódicas de satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado.	
	Qualidade: A preocupação com o desempenho operacional consiste em avaliar os processos vigentes e atuar na melhoria contínua, resultando em aumento da qualidade percebida.	Não há controle do desempenho operacional.	O desempenho operacional é constantemente verificado e as correções realizadas imediatamente.	
	Rapidez: As metas impostas pela organização devem ser cumpridas da melhor maneira possível, fornecendo agilidade de processos e melhoria de resultados.	Não existem metas na organização.	Existem metas bem definidas para cada classe profissional.	
Ideias de melhoria				

DESENVOLVIMENTO DE NOVOS PRODUTOS				
A inovação é um diferencial competitivo que caracteriza uma organização de sucesso. Inovação envolve a criação de novas ideias e processos produtivos, além de melhorias contínuas. O desenvolvimento de novos produtos/serviços possibilita melhor atendimento das necessidades dos usuários, melhoria de processos e melhor adequação da organização ao seu entorno.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: O desenvolvimento de novos produtos é uma busca por criar produtos (bens e/ou serviços) inovadores, sempre procurando aumentar sua confiabilidade.	A inovação não é incentivada pela organização; quando são desenvolvidos novos produtos/processos de trabalho não se leva em consideração a confiabilidade do processo.	A inovação é incentivada pela organização; novos produtos e processos de trabalho buscam sempre a melhoria do atendimento.	
	Custo: Produtos e processos inovadores, apesar de geralmente ter alto investimento inicial, tendem a reduzir os custos operacionais a médio e longo prazo.	A organização não considera o desenvolvimento de novos processos de trabalho como fator redutor de custos.	A organização incentiva seus profissionais a desenvolverem novos processos de trabalho, especialmente observando a redução de custos.	
	Flexibilidade: O desenvolvimento de novos produtos aumenta o leque de possibilidades de atendimento das diferentes necessidades dos consumidores.	O desenvolvimento de novos produtos ou processos não leva em consideração o atendimento das necessidades dos usuários.	A prioridade ao desenvolver novos produtos ou processos sempre é o atendimento às diferentes necessidades dos usuários.	
	Qualidade: Ao desenvolver novos produtos a organização considera a necessidade de melhores processos de produção, aumentando a qualidade final.	Não há preocupação em melhorar a qualidade dos serviços prestados através da reformulação de processos de trabalho.	Há preocupação em melhorar a qualidade dos serviços prestados através da geração de novas ideias para reformular os processos de trabalho.	
	Rapidez: O desenvolvimento de novos produtos busca por melhores processos de atendimento e produção, leva a organização a métodos mais ágeis na prestação de serviços.	Não há preocupação em desenvolver novos métodos de trabalho que diminuam o tempo de atendimento.	Há preocupação constante em desenvolver novos métodos de trabalho que diminuam o tempo de atendimento.	
Ideias de melhoria				

GESTÃO AMBIENTAL				
Trata-se da preocupação organizacional com o adequado tratamento dos resíduos e com a implantação de processos produtivos limpos. Uma organização ecologicamente responsável preocupa-se com o meio ambiente e contribui para a melhoria da qualidade de vida da comunidade em que está inserida.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: A sociedade atual preza e confia em organizações que se preocupam com a gestão ambiental. Esta tornou-se fator decisivo de competitividade.	A organização não se preocupa com sua imagem de responsabilidade ambiental perante os usuários.	A organização preocupa-se com sua imagem de organização ambientalmente responsável, e trabalha para mantê-la.	
	Custo: A busca por processos produtivos limpos leva a redução do desperdício e ao tratamento adequado dos resíduos, reduzindo custos e transformando-se em fonte de renda para a organização.	A organização não se preocupa com a redução de energia, desperdícios de água e outros materiais.	A organização tem programas de treinamento para o correto uso da energia, água e outros materiais.	
	Flexibilidade: A gestão ambiental é preocupação da sociedade, e um processo ecologicamente responsável atende a diferentes demandas externas.	Não existe preocupação com a gestão ambiental.	Há preocupação com a gestão ambiental e esta procura atender as demandas da sociedade.	
	Qualidade: Uma organização ecologicamente correta investe em treinamento e melhoria constante dos processos a fim de contribuir para o meio ambiente. Este processo eleva a qualidade dos bens e serviços prestados.	Não existem programas de treinamento ou incentivo para a redução de desperdícios.	A organização dispõe de programas de treinamento e/ou incentivo para a redução de desperdícios.	
	Rapidez: A prática de processos limpos em todas as dimensões organizacionais, e não apenas no final, permite processos mais rápidos de produção.	Os resíduos são descartados de maneira indevida, frequentemente em locais errados.	Os resíduos são descartados de maneira correta, tornando o ambiente organizado e limpo.	
Ideias de melhoria				

INSTALAÇÕES				
A localização, a manutenção e o arranjo físico são aspectos diferenciais para uma organização e influenciam no desempenho de colaboradores, na preferência externa e no mercado competitivo.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: Ambientes organizados e equipamentos confiáveis colaboram para a prestação de serviços adequada, elevando o nível de confiabilidade tanto de profissionais como de usuários.	A desorganização e a quebra constante de equipamentos o dificultam o atendimento e interferem na percepção do usuário em relação à confiabilidade dos serviços.	O ambiente é organizado e os equipamentos recebem manutenção preventiva, o que faz com que os usuários e profissionais confiem na prestação do serviço.	
	Custo: A manutenção constante de equipamentos e dos espaços da organização permite a prevenção de situações graves, prevenindo também gastos desnecessários e não esperados.	Não é realizada manutenção preventiva dos equipamentos, sendo frequente a quebra e a consequente manutenção emergencial.	São realizadas manutenções preventivas periódicas, não havendo necessidade de manutenção emergencial nos equipamentos necessários à prestação do serviço.	
	Flexibilidade: A adequada distribuição de equipamentos permite a imediata adaptação às adversidades encontradas durante a prestação do serviço.	O ambiente de trabalho não oferece uma distribuição adequada dos equipamentos, dificultando a prestação do serviço.	O ambiente de trabalho é organizado adequadamente, havendo distribuição dos equipamentos compatível com a necessidade para a prestação do serviço.	
	Qualidade: O bom desempenho de colaboradores influencia o processo de produção de serviços, melhorando a qualidade total da organização.	O desempenho dos profissionais deixa a desejar; refugo e retrabalho são constantes e considerados parte da rotina de trabalho.	O desempenho dos profissionais é elevado; retrabalho e refugos são considerados como exceções e tratados imediatamente para a devida correção.	
	Rapidez: Equipamentos bem distribuídos na organização influenciam no processo de produção. A ordem, a manutenção e a limpeza são essências para a agilidade de serviços.	O ambiente organizacional é desorganizado e as manutenções são constantes, diminuindo a agilidade na prestação de serviços por paradas para manutenção.	O ambiente organizacional é organizado e os equipamentos funcionam adequadamente, aumentando a agilidade na prestação de serviços.	
Ideias de melhoria				

INVESTIMENTOS				
Trata-se do aprimoramento de processos de produção a partir da melhoria de equipamentos, produtos e da preparação de colaboradores e envolve incrementos tecnológicos.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: investimentos em bons equipamentos e no desenvolvimento dos colaboradores permitem desempenhos apropriados, aprimoram serviços e garantem confiança ao processo.	Os equipamentos não são confiáveis e os profissionais não estão devidamente treinados para executar corretamente suas funções.	Os equipamentos são confiáveis e os profissionais estão aptos a desempenhar corretamente suas funções.	
	Custo: o investimento em treinamentos e a aquisição de novos equipamentos e produtos são, inicialmente, onerosos para a organização, mas, com o tempo, passam a gerar menores custos com o serviço.	A organização não investe em treinamentos e atualização de equipamentos.	A organização investe em treinamentos e constante atualização de equipamentos.	
	Flexibilidade: a solução de imprevistos e mudanças repentinas pode ser solucionada com equipamentos condizentes e colaboradores preparados.	O investimento em equipamentos e treinamento é mínimo, dificultando o atendimento às diversas necessidades dos usuários.	O atendimento às diferentes necessidades dos usuários é facilitado pelo investimento em treinamento e em equipamentos adequados à demanda.	
	Qualidade: o investimento em melhores processos de produção e em colaboradores aprimora o serviço, melhorando a qualidade total da organização.	A organização não investe em programas de melhoria contínua.	A organização investe em programas de melhoria contínua.	
	Rapidez: melhores equipamentos e colaboradores treinados aceleram a prestação do serviço.	Os equipamentos estão desatualizados e os profissionais não recebem treinamentos periódicos.	Os equipamentos são atualizados constantemente e os profissionais recebem treinamentos periódicos.	
Ideias de melhoria				

ORGANIZAÇÃO E CULTURA				
Valores e significados compartilhados pelos membros de uma organização constituem a cultura organizacional. Trata-se do reflexo comportamental que caracteriza a organização, tornando-a diferente das demais. É a personalidade da organização, com seus traços característicos, aceita e transmitida a seus colaboradores de maneira formal ou informal.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: Cultivar uma cultura organizacional forte e constante torna o ambiente mais estável, refletindo em confiabilidade interna e externa.	Os profissionais não conhecem a cultura da organização.	Os profissionais conhecem e disseminam a cultura da organização.	
	Custo: Culturas fortes transmitem valores que levam ao comprometimento dos colaboradores, fazendo com que eles sintam-se responsáveis pelos resultados, utilizando os recursos de forma mais consciente.	Os profissionais não estão comprometidos com a organização nem com seus resultados.	Os profissionais são comprometidos com a cultura da organização e pelos seus resultados.	
	Flexibilidade: Uma cultura que valoriza a multifuncionalidade permite que a organização esteja apta a atender demandas variadas.	A organização valoriza os profissionais que executam somente a sua função.	A organização valoriza os profissionais qualificados para executar diferentes funções.	
	Qualidade: Através da cultura organizacional transmite-se aos colaboradores valores capazes de melhorar aspectos relacionados à qualidade. O sucesso dos programas de qualidade depende de sua incorporação à cultura organizacional.	Não existe uma cultura da qualidade, ou seja, não há preocupação em melhoria de processos.	A organização cultiva uma cultura da qualidade, incentivando seus profissionais a buscar a melhoria contínua.	
	Rapidez: Fomentar uma cultura de processos enxutos resulta em prestação de serviços mais rápidos e eficientes.	Não é estimulado nos profissionais o atendimento rápido e eficiente.	Os profissionais são constantemente estimulados a prestar um serviço rápido e eficiente.	
Ideias de melhoria				

PLANEJAMENTO DA PRODUÇÃO				
Planejar é determinar planos de ação para o futuro, baseados nos objetivos que a organização quer atingir. Esses planos irão direcionar todas as ações da organização, e servirão para gestores e colaboradores apoiarem suas atividades.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: Planos operacionais adequados permitem maior previsibilidade do processo produtivo, o que aumenta a confiabilidade dos serviços.	A inexistência de planejamento é um dos fatores que prejudicam o atendimento.	O planejamento é bem detalhado e torna a prestação de serviço mais confiável.	
	Custo: O planejamento da produção permite que os recursos sejam utilizados de maneira racional, evitando desperdícios e reduzindo os custos operacionais.	O planejamento da prestação de serviços não leva em consideração a eliminação dos desperdícios.	O planejamento da prestação de serviços preocupa-se em reduzir custos sem reduzir qualidade.	
	Flexibilidade: Ao realizar-se o planejamento da produção, analisa-se o ambiente interno e externo e procura-se ajustar a organização de forma a atender as diversas demandas existentes, possibilitando maior flexibilidade.	O planejamento não é realizado ou não considera recursos internos e externos e a demanda dos usuários.	O planejamento considera seus recursos internos e externos, bem como estuda a necessidade dos usuários.	
	Qualidade: É princípio do planejamento da produção a busca pela correção de falhas no processo produtivo, o que colabora para o aumento da qualidade dos serviços.	Não existe planejamento para correção de falhas na prestação do serviço.	Há planejamento para correção de falhas na prestação do serviço, e este é constantemente revisado.	
	Rapidez: A organização e o correto ajuste dos tempos de produção realizados no planejamento aceleram o processo produtivo, evitando tempos ociosos e tornando a prestação de serviços mais ágil.	Não há planejamento do processo produtivo.	O planejamento do processo produtivo é bem dimensionado.	
Ideias de melhoria				

PROGRAMAÇÃO DA PRODUÇÃO				
Programar a produção de serviços é estabelecer antecipadamente as atividades a serem executadas durante o processo produtivo. O ato de programar as atividades de serviços permite que os colaboradores saibam como e quando agir, possibilitando melhor rendimento e maior produtividade.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: A organização do processo produtivo proporcionada pela programação da produção permite que os serviços sejam executados de maneira padronizada, elevando a confiabilidade do processo.	Não há padronização na execução da prestação dos serviços.	Os serviços são prestados de maneira padronizada.	
	Custo: A programação da produção permite que os recursos sejam utilizados de maneira mais eficiente, sem desperdício, buscando o aumento da produtividade e da utilização dos recursos, o que torna o processo menos custoso.	A falta de programação da produção ou sua ineficiência ocasionam gastos por retrabalho e tempo ocioso.	A programação aloca adequadamente os recursos, de forma a não haver retrabalho, tempo ocioso e/ou gastos desnecessários.	
	Flexibilidade: Ao considerar as diferentes demandas, a programação da produção possibilita um processo produtivo flexível.	A programação da produção não considera diferentes demandas.	A programação da produção considera as diferentes necessidades dos usuários.	
	Qualidade: A qualidade de produtos e serviços é beneficiada com um processo produtivo programado, pois a programação aloca os recursos adequadamente, eliminando e corrigindo falhas no processo.	Não há programação da produção ou a mesma é falha.	A programação da produção existente considera os recursos disponíveis e aloca-os adequadamente.	
	Rapidez: A programação da produção organiza as operações em uma sequência ótima, eliminando gargalos e tornando o processo produtivo mais ágil.	A programação da produção não observa os gargalos produtivos, sendo ineficaz.	A programação da produção estuda constantemente os gargalos produtivos e atua para eliminá-los.	
Ideias de melhoria				

QUALIDADE				
A preocupação com a qualidade de produtos e processos e sua visão ampliada, a Qualidade Total, envolve essencialmente a presença de uma filosofia que aponta na direção de fazer melhor sempre e em todas as dimensões organizacionais. Envolve também o conhecimento de práticas e o domínio de ferramentas capazes de detectar e prevenir problemas, além de gerar informações visando melhoria.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: Bens e serviços de boa qualidade, produzidos de acordo com os preceitos da Qualidade Total, tem maior probabilidade de gerar resultados certos da primeira vez, isto é, confiáveis.	É constante a necessidade de retrabalho, pois os serviços não são prestados de acordo com as normas de qualidade estabelecidas.	Os serviços são prestados conforme as normas de qualidade estabelecidas, inexistindo retrabalho por falta de qualidade.	
	Custo: A não qualidade acarreta danos à imagem da organização. Refugo e retrabalho implicam em maiores gastos com materiais desperdiçados e horas trabalhadas, ou conversão em produtos de valor inferior.	A falta de qualidade dos serviços frequentemente leva a retrabalhos e refugos, materiais desperdiçados e gastos desnecessários.	Há uma preocupação constante em aumentar a qualidade do serviço para diminuir o retrabalho, gastos com materiais desperdiçados e refugos.	
	Flexibilidade: Bons projetos de bens e serviços, equipamentos flexíveis, informações prontamente disponíveis e pessoas treinadas em suas funções e nas técnicas de qualidade, levam à facilidade nas alterações dos resultados demandados pelo mercado.	O fluxo de informações ineficiente, os equipamentos inadequados e os serviços prestados por pessoas mal treinadas dificultam o atendimento das diversas demandas dos usuários.	As informações tem fluxo rápido, os equipamentos são adequados e as pessoas são treinadas para atender às diferentes demandas dos usuários, o que facilita a prestação do serviço.	
	Qualidade: A incorporação da cultura da qualidade leva a resultados superiores. Projetos de produtos e processos não dominados geram instabilidade e consequente perda na qualidade do resultado.	Não há controles para verificar se o serviço está sendo desenvolvido em conformidade com as especificações. Não há na organização uma cultura da qualidade.	A preocupação com a qualidade é constante, estando incorporada na cultura da organização, havendo controles para verificar desvios de qualidade.	
	Rapidez: O domínio da qualidade de bens, serviços e processos torna o resultado mais rapidamente disponível. O retrabalho, o refugo e o excesso de controles leva à perda de tempo.	É frequente a necessidade de retrabalho, há refugos em demasia e/ou excesso de controles, tornando o trabalho demorado e de baixa qualidade.	Não há retrabalho nem refugo, e os controles estão ajustados para garantir uma prestação de serviços rápida e de qualidade.	
Ideias de melhoria				

SAÚDE E SEGURANÇA				
Ambiente seguro é aquele que oferece condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho. Isto inclui limpeza, disponibilização e uso de EPI, cuidados com materiais e ambientes nocivos a saúde, programas e comissões internas de prevenção de acidentes, entre outras ações, com o intuito de garantir a integridade física, moral e psicológica de seus colaboradores.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: O cuidado com a saúde e segurança dos profissionais propicia um ambiente produtivo estável, em que a segurança destes profissionais é refletida em prestação de serviços confiáveis.	A organização possui ambientes de trabalho em desacordo as normas de segurança e saúde, levando o colaborador a executar sua tarefa sem o comprometimento esperado.	Devido ao ambiente seguro e saudável em que trabalham, os colaboradores da organização executam suas tarefas de maneira satisfatória e comprometida.	
	Custo: Processos produtivos seguros reduzem o número de acidentes de trabalho, refletindo em baixos níveis de paradas e absenteísmo e, consequentemente, melhor utilização dos recursos.	É alta a percentagem de troca de colaboradores na organização, e o número de faltantes reflete a falta de ambientes saudáveis e seguros para os funcionários.	A organização possui um quadro de colaboradores estável e a taxa de absenteísmo é mínima, sendo este um reflexo das práticas de saúde e segurança aplicadas.	
	Flexibilidade: A organização do ambiente de trabalho, as condições seguras/boa saúde propiciam maior disposição para o trabalho. Permite a adaptação às diferentes situações que possam surgir durante a prestação do serviço.	Há um descaso em relação à organização dos processos de serviços e do ambiente de trabalho, levando ao não cumprimento das diferentes demandas que surgem.	As etapas da prestação do serviço são organizadas de forma a favorecer a execução das diferentes necessidades dos usuários.	
	Qualidade: O ambiente seguro influencia na motivação do trabalhador, garantindo melhores resultados na prestação de serviços.	Os colaboradores estão insatisfeitos com as condições físicas do seu espaço de trabalho, o que os torna desmotivados e descompromissados com a organização.	A execução dos serviços é feita de maneira satisfatória devido ao bom ambiente de trabalho encontrado pelos colaboradores.	
	Rapidez: O ambiente produtivo seguro é um ambiente organizado. Esta organização permite a realização de serviços com maior rapidez.	O ambiente de trabalho é desorganizado e mal cuidado; os colaboradores sentem se desmotivados a executarem suas tarefas dentro dos períodos estabelecidos.	Há uma constante manutenção do ambiente de trabalho, garantindo a satisfação dos colaboradores, as boas execuções de tarefas e a agilidade nos processos de produção.	
Ideias de melhoria				

TECNOLOGIA				
O trabalho tem sido fortemente beneficiado com a introdução de equipamentos e tecnologia. Os processos produtivos estão cada vez mais dependentes das inovações tecnológicas, que facilitam processos produtivos. Os Sistemas de Informações garantem a agilidade e a disseminação das informações, tornando as organizações mais competitivas.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: O uso correto de sistemas de informações garante a disseminação, o compartilhamento e o uso adequado das informações necessárias à execução do processo, reduzindo erros ou a falta de informações básicas, aumentando a confiabilidade.	Os equipamentos não são utilizados de maneira correta; as informações são introduzidas de maneira incompleta no sistema.	Os equipamentos são utilizados de maneira adequada; as informações constantes no sistema estão completas.	
	Custo: Investimento em equipamentos e tecnologia, apesar de inicialmente serem onerosos, leva a uma redução de custos no decorrer dos processos produtivos.	A organização considera o investimento em tecnologia como um custo desnecessário.	A organização investe em tecnologia por considerar este um investimento de longo prazo.	
	Flexibilidade: Inovações tecnológicas melhoram processos de produção. Equipes treinadas para o uso destas tornam-se capazes de atender diferentes demandas.	Os profissionais não estão treinados para utilizar os diferentes equipamentos existentes.	Os profissionais estão devidamente treinados para utilizar os diferentes equipamentos existentes.	
	Qualidade: Durante o processo de produção, a organização deve buscar práticas competentes as suas necessidades. O uso de sistemas de informações, equipamentos e tecnologia adequados reflete no aumento da qualidade.	Os profissionais utilizam diversos equipamentos de maneira equivocada, prejudicando a prestação do serviço.	Os equipamentos e a tecnologia colaboram para um atendimento de qualidade.	
	Rapidez: A introdução de equipamentos e tecnologia facilita os processos produtivos, permitindo agilidade na execução das tarefas, tornando-as mais ágeis.	Os equipamentos e a tecnologia existentes tornam o atendimento mais demorado.	Os equipamentos e a tecnologia disponíveis agilizam o atendimento, sendo ferramenta indispensável.	
Ideias de melhoria				

TEMPO DE CICLO				
Ciclos são dos diversos tempos necessários à execução das inúmeras tarefas da organização. Quanto menor o Tempo de Ciclo, mais rápida é a prestação do serviço. É útil para a organização ter conhecimento dos Tempos de Ciclo e mantê-los constantes, a fim de que estes não sejam prolongados sem necessidade.				
RELAÇÃO COM OS FATORES DE RESULTADO	FATORES DE RESULTADO	CENÁRIO 1 (PÉSSIMO)	CENÁRIO 5 (ÓTIMO)	NOTA
	Confiabilidade: Ter o conhecimento (domínio) dos Tempos de Ciclo e desenvolver mecanismos de acompanhamento garante que os prazos sejam cumpridos e que o usuário não precise aguardar mais que o tempo padrão estabelecido.	Os Tempos de Ciclo não são conhecidos, frequentemente os prazos não são cumpridos e os usuários precisam aguardar mais do que o necessário.	Os Tempos de Ciclo são conhecidos e controlados, havendo mecanismos que garantem que os tempos sejam cumpridos.	
	Custo: Tempos de Ciclo curtos levam a redução de custos à medida que mais usuários podem ser atendidos com os mesmos recursos.	Os Tempos de Ciclo são elevados, diminuindo a capacidade de atendimento.	Os Tempos de Ciclo são adequados, permitindo que os mesmos recursos sejam utilizados para atendimento de um número maior de usuários.	
	Flexibilidade: Tempos de Ciclo curtos permitem que a organização se adapte mais rapidamente às diferentes necessidades dos usuários.	Os Tempos de Ciclo são longos e isto dificulta o atendimento das diferentes necessidades dos usuários.	Os Tempos de Ciclo são curtos, facilitando o atendimento de diferentes necessidades dos usuários.	
	Qualidade: A percepção de qualidade está fortemente associada à prestação de serviço rápida (Tempos de Ciclo curtos) ou a padrões de tempo culturalmente aceitos ou entendidos como adequados; em geral, a constância dos ciclos praticados é vista como virtude.	A prestação de serviços não segue um ritmo constante, prejudicando a percepção de qualidade junto aos usuários.	Os serviços são prestados dentro de um tempo aceitável, elevando o conceito de qualidade na prestação do serviço.	
	Rapidez: A redução no Tempo de Ciclo e o acoplamento imediato entre as etapas dos serviços permitem maior rapidez.	Os Tempos de Ciclo são longos e existem esperas desnecessárias entre uma tarefa e outra.	Os Tempos de Ciclo são bem dimensionados, e a sequência de tarefas é imediata.	
Ideias de melhoria				

APÊNDICE B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

Certificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1110

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO**PROCESSO:** 1110 **FR:** 384804**TÍTULO:** Diagnóstico de Organizações Complexas - O Caso da Unidade de Pronto Atendimento Sul de Florianópolis**AUTOR:** ROLF HERMANN ERDMANN, Fernanda Kempner Moreira

FLORIANÓPOLIS, 29 de Novembro de 2010

Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PPq/UFSC

APÊNDICE C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Integração Ensino Serviço

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

Ofício Nº 036/2010

Florianópolis, 22 de dezembro de 2010

Para: Profº Drº Rolf Hermann Erdmann

De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: “Diagnóstico de organizações complexas – o caso da unidade de pronto atendimento sul de Florianópolis”, enviado por Vªs Sªs a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na UPA Sul, da Secretaria Municipal de Saúde.

Certas de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 3239-1564.

Atenciosamente,

Marynes Terezinha Reibnitz

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Marynes T. Reibnitz
Matrícula: 10672-0
Coordenação Saúde Bucal
SMS/PMF

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Sociais e Econômicas
Programa de Pós-Graduação em Administração

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar das discussões relacionadas a pesquisa de campo referente a pesquisa de Mestrado intitulada **Diagnóstico de Organizações Complexas – O Caso da Unidade de Pronto Atendimento Sul de Florianópolis**, desenvolvida pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos (NIEPC), abrigado no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Fernanda Kempner Moreira e orientada pelo professor Rolf Hermann Erdmann, pessoas a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (48) 9911-1323 ou e-mail kempnerletrica@hotmail.com ou erdmann@ccse.ufsc.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é desenvolver um método de avaliação de organizações de serviços de saúde a partir da discussão com os profissionais envolvidos, a fim de estabelecer o diagnóstico da organização sob o olhar de diversos profissionais. Essas discussões, além de detectar problemas, serão fonte de geração de ideias para a melhoria na prestação de serviço da Unidade de Saúde.

Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de participação nas discussões acerca dos aspectos organizacionais da referida Unidade, colaborando com minhas opiniões e ideias. O acesso e a análise dos dados coletados far-se-ão apenas pela pesquisadora e seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha alguma dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seu orientador pelos meios acima indicados. Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu trabalho ou minhas relações com os pesquisadores e com a Instituição, e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações do Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH).

Florianópolis, ____ de ____ de ____

Nome:

Participante da pesquisa

Fernanda Kempner Moreira
Pesquisadora